

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1977 - N° 215

**LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES PANCREATITES CHRONIQUES PRIMITIVES
A PROPOS DE SOIXANTE-DIX OBSERVATIONS.**

**Travail du Service de Chirurgie Générale du Docteur MELEY
(Hôpital Bellevue - Saint-Etienne).**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 26 Mai 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain CARTALAT

né le 23 Janvier 1945

à VILLEURBANNE (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. LYON-NORD

Année 1977 - N° 215

**LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES PANCREATITES CHRONIQUES PRIMITIVES
A PROPOS DE SOIXANTE-DIX OBSERVATIONS.**

**Travail du Service de Chirurgie Générale du Docteur MELEY
(Hôpital Bellevue - Saint-Etienne).**



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 26 Mai 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain CARTALAT

né le 23 Janvier 1945

à VILLEURBANNE (Rhône)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON

- MÉDECINE -

U. E. R. LYON-NORD

ANNEE 1977 - 1978

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES PANCREATITES CHRONIQUES PRIMITIVES

A PROPOS DE SOIXANTE-DIX OBSERVATIONS.

Travail du Service de Chirurgie Générale du Docteur MELEY

(Hôpital Bellevue - Saint-Etienne).



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Mai 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain CARTALAT

né le 23 Janvier 1945

à VILLEURBANNE (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

Président de l'Université : Monsieur le Professeur D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Monsieur le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Monsieur B. ROUSSET
Troisième Vice-Président : Monsieur R. LOPEZ
Secrétaire Général : Monsieur J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE - GRANGE-BLANCHE - Directeur : Monsieur le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL Directeur Monsieur le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST Directeur Monsieur le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD Directeur Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur
Honoraire : Monsieur le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE - Directeur : Monsieur le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Directeur : Monsieur le Docteur A. MORGON (MCA)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur : Monsieur le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'UER : Monsieur le Professeur R. GUILLET

Directeur : Monsieur A. MILLON

MATHEMATIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur E. COMBET

PHYSIQUE - Directeur : Monsieur le Professeur J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Directeur : Monsieur le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE - Directeur : Monsieur le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Directeur : Mademoiselle le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 1 - Directeur : Mr le professeur B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 2 - Directeur : M.J. GALLET (Directeur
ENSAM)

OBSERVATOIRE - Directeur : Monsieur MONNET (Astronome Adjoint)

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Directeur : Monsieur le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE - Directeur : Mademoiselle le Professeur G. COMTE-BELLOT.

Examineurs de la Thèse :

- Président : Monsieur le Professeur G. GUILLEMIN
- Assesseurs : Monsieur le Professeur Agrégé J.H. NEIDHARDT
Monsieur le Professeur Agrégé H. FRAISSE
Monsieur le Professeur Agrégé P. BERARD
Monsieur le Docteur J. MELEY

A MES PARENTS,

*Je leur dédie ma thèse, en reconnaissance des sacrifices
qu'ils ont faits et de l'exemple qu'ils m'ont toujours donné.*

Qu'ils trouvent ici le témoignage de toute mon affection.

A MA FEMME,

Ce travail a été aussi un peu le sien.

Qu'elle trouve ici le témoignage de mon amour.

A MA FILLE STEPHANIE,

Elle est tout mon bonheur.

A MA FAMILLE,

A MA BELLE-FAMILLE,

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. GUILLEMIN

Nous avons passé dans son service un semestre inoubliable. Il nous a conquis par ses très grandes qualités chirurgicales et humaines, par son sens de l'indication opératoire et par son souci constant d'enseigner qui en font un chef d'Ecole prestigieux à la réputation exceptionnelle.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de ce jury. Que ce Grand Patron trouve dans ce travail l'expression de notre respectueuse admiration.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE J.H. NEIDHARDT

Il a été notre premier maître en chirurgie viscérale.

Sa capacité à faire face aux situations les plus complexes, son savoir d'humaniste, son sens de l'enseignement, ont fait notre admiration.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail et nous l'assurons de notre respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE H. FRAISSE

Il nous a toujours reçu avec courtoisie et bienveillance.

Nous le remercions vivement d'avoir accepté de juger ce travail qui traite de gastro-entérologie certes, mais sous un angle bien chirurgical.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE P. BERARD

Au cours de notre dernier semestre d'internat, nous avons beaucoup appris à son contact. La perfection de sa technique, l'enthousiasme qui accompagne tous ses actes, la simplicité de son contact, sont pour nous des modèles.

Il a bien voulu siéger parmi nos juges. Nous l'en remercions et l'assurons de notre respectueuse estime.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. MELEY

Nous avons été séduit autant par l'élégance et la précision de son geste chirurgical, que par sa distinction et sa sollicitude vis-à-vis des malades.

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce sujet et de nous accepter parmi ses élèves.

Nous espérons ne pas le décevoir, l'assurons de notre fidèle attachement, de notre sincère et respectueuse admiration.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

Monsieur le Professeur J. CIBERT
Monsieur le Professeur Agrégé L. DURAND
Monsieur le Professeur M. JAUBERT DE BEAUJEU
Monsieur le Professeur Agrégé P. MOLLARD
Monsieur le Professeur P. BERTRAND
Monsieur le Docteur M. POUVET
Monsieur le Professeur M. PLAUCHU
Monsieur le Professeur M. GIRARD
Monsieur le Professeur Agrégé A. BEL
Monsieur le Professeur M. JEUNE
Monsieur le Professeur Agrégé F. FREYCON
Monsieur le Professeur Agrégé COLOMB

INTERNAT PROVISOIRE

Monsieur le Docteur M. MEGARD
Monsieur le Professeur A. BERTOYE
Monsieur le Professeur Agrégé P. VINCENT

INTERNAT

Monsieur le Docteur F. ARCADIO
Monsieur le Professeur J. LECUIRE
Monsieur le Professeur Agrégé C. LAPRAS
Monsieur le Professeur Agrégé J.P. DECHAUME
Monsieur le Professeur G. MARET
Monsieur le Professeur Agrégé P. MIKAELOFF
Monsieur le Professeur H. LIARAS
Monsieur le Professeur Agrégé J.H. NEIDHARDT
Monsieur le Docteur J. MOUSSELON
Monsieur le Docteur J. MELEV
Monsieur le Professeur J. FRANCILLON
Monsieur le Professeur Agrégé J. VIGNAL
Monsieur le Professeur G. GUILLEMIN
Monsieur le Professeur Agrégé P. BERARD

A NOS MAITRES DU LABORATOIRE D'ANATOMIE

Monsieur le Professeur Agrégé J.H. NEIDHARDT

Monsieur le Docteur A. MORIN

AUX CHIRURGIENS DE LA CLINIQUE PROTESTANTE

Monsieur le Docteur A. SISTERON

Monsieur le Docteur C. VIEVILLE

Monsieur le Docteur M. CUCHE

qui nous ont prodigué pendant six mois leur
enseignement avec dévouement et désintéressement.

— GENERALITES —

Notre étude portera sur soixante-dix pancréatites chroniques autonomes ou primitives (P.C.P.) opérées entre 1958 et 1977 dans le Service du Docteur MELEY ou en pratique de ville par le Docteur MELEY.

La chirurgie des pancréatites chroniques primitives a connu au fil des ans de nombreuses variations, tant sur le plan de l'indication opératoire que sur celui du type d'intervention à pratiquer. Le reflet des tendances successives se retrouvera parmi nos 70 cas.

La plupart des malades nous ont été confiés par les Services du Professeur Agrégé FRAISSE, du Docteur MULLER et du Docteur BAYLE. Nous les remercions d'avoir mis leurs dossiers à notre disposition.

• •

— DEFINITION —

Si la pancréatite chronique (P.C.) se définit comme une altération du pancréas avec sclérose diffuse ou focalisée, le caractère autonome ou primitif est beaucoup plus discutable. Il est possible que la sclérose pancréatique ne soit que l'aboutissement commun de maladies d'étiologies diverses mais comme la pathogénie des pancréatites chroniques reste incertaine, nous désignerons sous le terme de "pancréatite chronique primitive" (P.C.P.) toutes les formes qui n'apparaissent pas secondaires à une cause évidente.

• •

— ANATOMOPATHOLOGIE —

Nous n'entrerons pas dans le détail de l'anatomie microscopique qui apprécie l'importance de la sclérose et de son caractère plus ou moins inflammatoire avec disparition progressive du tissu exocrine alors que persistent au moins pour un temps et étonnamment les îlots de Langerhans.

Plus intéressants à étudier sont les aspects macroscopiques qui influent directement sur le choix du type d'intervention.

Comme nous venons de le dire, c'est l'état du parenchyme qui définit la pancréatite chronique et qui fait l'unité de toutes les formes.

Caractérisée au début par une réaction inflammatoire, oedémateuse du tissu glandulaire, le parenchyme se modifie progressivement avec apparition d'une sclérose blanchâtre, lardacée, de plus en plus ferme.

Mais une telle définition ne caractérise pas uniquement les P.C.P. En effet, de semblables aspects se rencontrent dans les P.C. satellites d'une lithiase biliaire et plus spécialement cholédocienne et celles qui existent au contact d'un ulcère gastrique ou duodénal.

De telles pancréatites secondaires à une autre affections ne constituent pas une maladie en soi, puisqu'elles sont capables de rétrocéder avec le traitement de la maladie causale. C'est pourquoi, nous les avons éliminées de notre étude pour nous consacrer aux P.C. primitives.

Celles-ci se présentent classiquement sous trois aspects, que l'on découvre à l'intervention :

- P.C. lithiasique,
- P.C. parenchymateuse,
- Hydropancréatose.

1°) P.C. lithiasique

C'est la plus fréquente, puisqu'on la retrouve dans 39 cas sur 70 dans notre série (70 à 90 % selon les statistiques). Comme l'ont dit G. GUILLEMIN et A. VACHON, elle représente une forme quasi-expérimentale de l'affection avec des lésions tout à fait typiques : une tête pancréatique très augmentée de volume où l'on perçoit le crépitement des calculs avec, à gauche, des lésions dites de pancréatite d'amont. On perçoit un Winsung distendu que l'on peut cathétériser,

la pancréatographie confirmant l'obstacle le plus souvent céphalique, d'abord partiel, puis total. Ce blocage entraînera secondairement une distension des canalicules pancréatiques avec, à un degré de plus, des aspects pseudo-kystiques intra-parenchymateux, dilatations qui devenant importantes rompent la corticale et deviennent extra-pancréatiques. Une telle évolution explique les complications possibles avec par ordre de fréquence :

- compression du cholédoque intra-pancréatique,
- pseudo-kyste,
- sténose duodénale,
- compression du système porte avec hypertension portale segmentaire.

De plus, l'action irritative des calculs coralliformes avec mise en tension des voies excrétrices expliquent que l'évolution chronique soit émaillée de poussées aiguës. Ainsi progressivement, la sclérose s'étend et la valeur fonctionnelle du pancréas diminue.

2°) P.C. Parenchymateuse

D'aspect extérieur identique à celui de la P.C. Lithiasique, encore appelé P.C. Pseudotumorale, elle présente le plus souvent une tête volumineuse avec des lésions de pancréatite d'amont. Ses complications mécaniques sont les mêmes que celles de la P.C. Lithiasique.

3°) L'Hydropancréatose

Elle représente la troisième forme. Dans ce cas, les cavités sont très dilatées et le tissu pancréatique réduit à une mince coque fibreuse.

4°) Nous terminerons par une forme anatomique particulière représentée par les pseudo-kystes (P.K.) retrouvés 25 fois dans notre série. D'origine rétentionnelle, voire mixte, nécrotico-rétentionnelle, ils peuvent être extra-parenchymateux (10 fois) et le plus souvent corporéo-caudaux, ou intra-parenchymateux (15 fois) et volontiers céphaliques.

Dans une statistique de MERCADIER, on retrouve 50 P.K. Intra-parenchymateux pour 14 P.K. extra-parenchymateux. Alors que RIBET retrouve autant de P.K. extra-parenchymateux (30 cas) que de P.K. intra-parenchymateux (30 cas).

A noter que ces P.K. se voient plus volontiers dans les lithiases pancréatiques que dans les P.C. non lithiasiques (51 cas contre 23 dans la statistique de MERCADIER).

Surtout il est capital pour le choix du type d'intervention, de savoir par kystographie s'il existe ou non une communication avec le Wirsung.

BILAN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Pancréatite Lithiasique	39 cas	
Pancréatite Parenchymateuse	31 cas	
Pseudo-kyste extra-parenchymateux	10 cas	dont :
- 3 céphaliques		
- 7 corporéo-caudaux		
Pseudo-kyste intra-parenchymateux	15 cas	dont :
- 2 corporéo-caudaux		
- 13 céphaliques		

— DONNEES ETIOLOGIQUES —

I - SEXE

On retrouve une très nette prédominance masculine (10 femmes pour 60 hommes), comme dans toutes les autres statistiques :

GUILLEMIN	1974	:	96 % d'hommes,
VACHON	1973	:	86 % d'hommes,
LEVRAT	1970	:	87 % d'hommes.

II - AGE

L'âge moyen au moment de l'intervention est de 49 ans. Le plus jeune a 25 ans (obs. n°24) et la plus âgée 74 ans (obs. n°41). Ces chiffres sont reproduits dans le tableau n° 1.

Cette notion se retrouve dans les principales statistiques chirurgicales :

GUILLEMIN	1974	:	42 ans en moyenne,
GROSDIDIER	1973	:	46 ans en moyenne,
VIARD	1975	:	43 ans en moyenne.

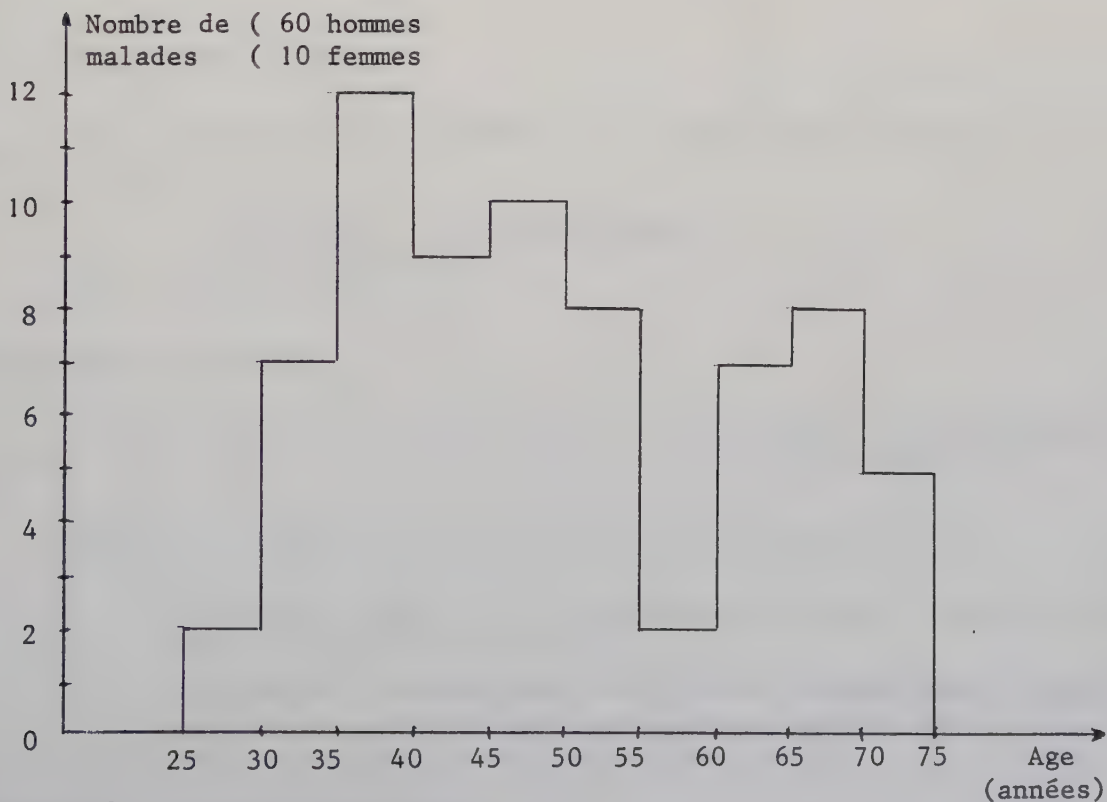


TABLEAU N° 1 - Age d'intervention.

III - L'INTOXICATION ALCOOLIQUE

Son rôle favorisant est très fréquemment retrouvé (47 cas sur 70) et il est probable que nous sommes en-dessous de la vérité.

En France, toutes les statistiques montrent qu'il s'agit du facteur favorisant essentiel :

GUILLEMIN (1974)	70 % d'éthyliques chroniques,
VACHON (1973)	70 % " "
LEVRAT (1970)	60 % " "
LEGAR (1972)	57 % " "
VIARD (1975)	28 sur 29 malades interrogés
MELEY (1977)	47 sur 70.

Si le vin est le grand pourvoyeur de P.C.P., des travaux allemands (FAHRLANDER) ont montré qu'à quantité égale d'alcool, la bière est plus dangereuse (3 buveurs de bière parmi nos malades).

Quant au mode d'action de l'alcool dans la genèse des P.C., il reste mal connu. Nous citerons les travaux de SARLES et de son école, qui concluent à une action par l'intermédiaire d'un hyperfonctionnement de la cellule acineuse.

Surtout cette intoxication doit rester présente à l'esprit lors du choix des indications, car sa persistance après l'intervention explique bon nombre de mauvais résultats.

IV - LES AUTRES FACTEURS

A - ULCERE GASTRO-DUODENAL

5 de nos malades avaient présenté un ulcère gastro-duodénal vérifié radiologiquement :

- 3 avaient été traités médicalement,
- 2 chirurgicalement.

B - LITHIASSE BILIAIRE

Il est difficile de trancher entre P.C. secondaire à une lithiasse biliaire que nous avons éliminée et P.C.P. associée à une telle lithiasse.

Parmi nos 70 malades, nous retrouvons 4 associations :

- 2 lithiasses vésiculaires cholécystectomisées 7 ans et 26 ans auparavant (obs. n° 20 et n° 47),
- 2 lithiasses cholédociennes sans calcul enclavé dans la papille dont le caractère primitif peut se discuter (obs. n° 13 et n° 21).

C - TERRAIN NEUROPATHIQUE

4 malades ont présenté des troubles psychiques, en fait 2 seulement (obs. n° 3 et 4) avaient fait des séjours en milieu spécialisé.

D - LA CIRRHOSE

Cette association est peu fréquente.

Nous la retrouvons chez 8 de nos malades. Ceci est supérieur à la statistique nationale qui est de 2 % selon SARLES, mais correspond aux 9 % cités par EVREUX dans sa thèse inspirée par VACHON.

Cette faible fréquence traduit l'antériorité de l'atteinte du pancréas mais les lésions hépatiques microscopiques sont sans doute plus fréquentes que les cirrhoses constituées et justifient une biopsie du foie systématique au cours des interventions pour P.C.

E - ARTERIOPATHIE

La fréquence des troubles athéromateux associés a été récemment soulignée. Nous retrouvons :

- 4 artérites des membres inférieurs,
 - 2 coronaropathies,
 - 1 trouble vasculaire cérébral
- sur nos 70 malades.

F - ANTECEDENTS DE PANCREATITE AIGUE

8 malades ont présenté au début de leur maladie des crises aiguës et 6 fois celles-ci se sont soldées par une laparotomie exploratrice qui a montré une pancréatite oedémateuse.

V - LES INTERVENTIONS ANTERIEURES

Sur nos 70 malades, 16 avaient été opérés avant leur admission dans notre service.

Il a été pratiqué :

- 7 laparotomies exploratrices :
 - . 6 pour pancréatite oedémateuse qui ont précédé de 6 mois à 22 ans l'intervention à visée pancréatique,
 - . 1 pour P.K. (3 ans avant).
- 1 drainage externe d'un P.K. corporéo-caudal.

- 4 interventions biliaires :
 - . 2 cholécystectomies pour lithiasie vésiculaire,
 - . 1 cholécystectomie avec vésicule alithiasique,
 - . 1 cholédocotomie avec drain de Kehr pour calcul cholédocien.
- 2 appendicectomies.
- 2 gastrectomies des 2/3 pour ulcère gastro-duodénal.

En outre, une malade a subi une réintervention biliaire dans le service, cette observation illustre bien le cas de ces malades multi-opérés.

Obs. n° 1 - Mme GAL... 35 ans.

- Début par des douleurs de l'hypocondre droit en 1955.
- Juillet 1955 : *cholécystectomie* pour vésicule alithiasique. Pancréas normal.
- Persistance de douleurs identiques. La biligraphie montre un moignon vésiculaire.
- Entre dans le Service pour *intervention* le 2.8.1957 (Dr MELEY).
L'exploration montre un cholédoque épaissi mais non dilaté, un moignon vésiculaire de la taille d'une cerise. La tête du pancréas présente des indurations et il semble s'agir d'une pancréatite en rapport probable avec la persistance du moignon vésiculaire. Après résection du moignon cystique, le contrôle radiographique est normal. On laisse un drain transcystique.
- Le 5.2.58, devant la persistance des douleurs, 3ème *intervention*.
Splanchnicectomie gauche par voie lombaire.
- Le 1.8.58, état inchangé devenant intolérable d'où la 4ème *intervention*.
L'exploration montre une pancréatite chronique apparemment de type parenchymateux diffuse, avec cependant une prédominance céphalique. Il est réalisé :
 - . une spléno pancréatectomie gauche.
 - . la Wirsungographie descendante par le Wirsung sectionné montre un passage faible dans le duodénum, ce qui conduit malgré l'absence de dilatation du Wirsung à compléter l'intervention par une pancréato-jéjunostomie sur anse en Y.
 - . on y associe également une gastro-entéro-anastomose du fait d'une certaine compression du 2ème duodénum.
- Les suites sont simples.
- L'anatomie pathologique montre en fait qu'il s'agit d'une pancréatite lithiasique (des calcifications céphaliques apparaîtront à la radiographie en 1969 (soit 11 ans plus tard !)).
- En 1965, diabète.
- En 1974, va bien, plus de douleurs, poids stable, équilibrée avec 15 unités d'Insuline IPZ.

BILAN ETIOLOGIQUE

- Sexe :	60 hommes pour 10 femmes.
- Age moyen :	49 ans
- Ethylisme	: 47 cas
- Ulcère gastro-duodénal	: 5 cas
- Lithiase biliaire	: 4 cas
- Terrain neuropathique	: 4 cas
- Cirrhose hépatique	: 8 cas
- Artériopathie	: 7 cas
- Pancréatite aiguë	: 8 cas
- Intervention antérieure	: 16 cas

- ETUDE CLINIQUE -

Nous étudierons tout d'abord les symptômes proprement dits avant d'envisager les complications des P.C.P.

I - LA DOULEUR

C'est l'élément majeur de la symptomatologie puisque présent chez 69 sur 70 malades.

Cette douleur justifiait à elle seule l'indication opératoire dans 90 % des cas.

Cette notion de fréquence se retrouve dans les autres statistiques :

LEVRAT (1970)	110 sur 113,
VACHON (1973)	170 sur 178,
VIARD (1974)	31 sur 35.

Dans tous les cas, il s'agit de la première manifestation de la maladie même si au départ on ne l'avait pas rattachée à sa cause.

De siège sus-ombilical, étendue en barre de l'hypocondre droit à l'hypocondre gauche avec irradiation postérieure, elle évolue par crises de durée variable, en moyenne de 1 à 2 jours.

Dans 7 cas, les crises étaient devenues quasi-subintrantes, réalisant un état de mal continu.

On retiendra le rôle déclenchant des écarts de régime (alcool ou gros repas) et leur caractère rebelle à toute thérapeutique.

La seule patiente qui n'avait pas présenté de douleurs pancréatiques, avait vu sa maladie se révéler par une angiocholite (obs. n° 3).

II - AMAIGRISSEMENT

Les causes de cet amaigrissement sont multiples. Avant tout secondaire à la douleur et à la restriction alimentaire qu'elle entraîne, il est aggravé par l'insuffisance pancréatique externe, parfois par un diabète et souvent par l'anorexie classique des éthyliques.

Il est fréquent puisque retrouvé chez 46 malades sur 70 :

LEVRAT (1970) : 50 %,
VACHON (1973) : 70 %.

Son importance est variable :

- inférieur à 5 kg : 9 fois,
- de 5 à 9 kg : 13 fois,
- de 10 à 14 kg : 15 fois,
- supérieur à 15 kg : 9 fois.

III - L'INSUFFISANCE PANCREATIQUE EXTERNE

Elle n'a jamais été, dans nos observations, un élément déterminant à l'intervention.

Elle a une double origine :

- réduction de la sécrétion par destruction du parenchyme,
- troubles de l'excrétion liés aux obstacles canaux et canaliculaires.

La diarrhée isolée est retrouvée dans 11 cas.

La stéatorrhée isolée dans 6 cas.

Enfin, l'association stéatorrhée-diarrhée est notée 4 fois.

Ce qui fait globalement 21 malades présentant une insuffisance pancréatique externe.

Dans la littérature, cette fréquence est diversement appréciée :

LEVRAT (1970) : 28 %,
VACHON (1973) : 60 %,
GUILLEMIN (1974) : 24 sur 66 cas étudiés.

IV - LES TROUBLES DE LA GLYCOREGULATION

Ils sont rares dans notre série :

- 3 diabètes vrais,
- 16 prédiabètes sur 36 malades explorés.

Parmi ces 19 malades, 13 présentaient une lithiase pancréatique, ce qui souligne le caractère diabétogène de cette forme de P.C.P.

La fréquence des troubles de la glycorégulation est plus grande dans les autres statistiques :

LEVRAT (1970) - 19 % de diabète vrai,
- 51 % de diabète latent.

VACHON (1973)

- 25 % de diabète vrai,
- 36 % de prédiabète.

Si ces troubles ne sont pas un argument en faveur de l'intervention, il faut savoir qu'une atteinte de la glycorégulation, tout comme d'ailleurs une insuffisance pancréatique externe, correspond à une destruction déjà importante du parenchyme pancréatique, et ceci doit être présent à l'esprit lorsqu'on décide de pratiquer une exérèse en particulier gauche.

V - LES COMPLICATIONS

Ce sont en fait de véritables symptômes qui vont marquer le cours de l'évolution.

A - L'ICTERE

Il a été retrouvé 17 fois sur 70 et se répartit ainsi :

- 14 ictères vrais prolongés ou à répétition, de type rétentionnel prouvé biologiquement,
- 1 subictère,
- 2 crises d'angiocholite.

Dans la littérature, cette fréquence du retentissement biliaire est variable :

- LEVRAT (1970) : 20 %,
- VACHON (1973) : 40 %,
- GUILLEMIN (1974) : 36 %,
- VIARD (1975) : 8 cas sur 35.

Tous les ictères ont correspondu opératoirement à une sténose du bas cholédoque avec distension sus-jacente.

Dans 3 cas il s'agissait d'une compression par un pseudo-kyste céphalique.

Dans 2 cas, ils étaient associés à une lithiase cholédocienne en particulier dans 1 des 2 formes angiocholitiques.

B - LES STENOSES DUODENALES

Sans parler des compressions duodénales radiologiques, les sténoses cliniquement parlantes ont été retrouvées 3 fois (obs. n° 30, 47 et 67), ce qui correspond assez bien à leur classique rareté :

- LEVRAT (1970) : 4 cas sur 118,
- VACHON (1973) : 7 cas sur 178,
- VIARD (1975) : 5 cas sur 35.

Si dans 2 cas d'apparition récente, cette sténose n'avait pas retenti sur l'état général, dans l'observation n° 67 la déshydratation et l'amaigrissement

étaient tels que le geste opératoire n'a consisté qu'en une gastro-entéro-anastomose.

C - L'HYPERTENSION PORTALE

Elle a été évidente opératoirement dans 5 cas, ce qui est peu comparé aux 46 hypertensions portales segmentaires sur 178 colligées par EVREUX.

Elle n'a jamais entraîné de manifestations cliniques :

- Hémorragies digestives,
- Rupture de rate,
- Hémopéritoine par rupture de varices épiploïques.

D - LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

Dues à l'hypertension portale segmentaire ou aux hémorragies intrakystiques, sont absentes de notre série.

LEVRAT (1970)	:	11 %	d'hémorragies digestives
VACHON (1973)	:	8 %	" "
LEGER (1955)	:	5 %	" "

E - LES EPANCHEMENTS PLEURAUX

Retrouvés 3 fois :

- Observation n° 44 : Pleurésie bilatérale en préopératoire.
- Observation n° 33 : Pleurésie gauche apparue en post-opératoire.
- Observation n° 66 : Pleurésie gauche apparue 4 ans après l'intervention.

Mais dans ces deux derniers cas, l'origine pancréatique n'a pas été formellement prouvée.

F - LES PSEUDO-KYSTES PANCREATIQUES

Beaucoup plus intéressants, car ils peuvent poser des problèmes thérapeutiques particuliers.

On les retrouve chez 24 malades.

Six fois on les palpe soit au niveau de l'hypocondre droit (3 fois), soit au niveau de la région épigastrique et de l'hypocondre gauche (3 fois).

10 fois, il s'agissait de P.K. classiques à développement extra-pancréa-

tique :

- 3 étaient céphaliques,
- 7 à développement corporéo-caudal.

15 fois, il s'agissait de P.K. intra-parenchymateux. Sur ces 15 :

- 2 étaient corporéo-caudaux,
- 13 intra-céphaliques et leur volume variait de l'oeuf de pigeon au pamplemousse.

Chez un malade, était associé un P.K. extra-pancréatique céphalique et un P.K. intra-caudal (obs. n° 35).

Dans 2 cas, on a retrouvé une hémorragie intra-kystique, ce qui correspond aux 10 % retenus par MERCADIER :

- Dans l'observation n° 62, l'hémorragie était arrêtée, et on s'est contenté d'évacuer les caillots intra-kystiques.
- Par contre, dans l'observation n° 35, l'hémorragie était patente et l'ouverture du P.K. a donné issue à un flot de sang dont l'origine était une ulcération de l'artère mésentérique supérieure. Nous décrivons cette observation à propos du traitement des P.K.

BILAN CLINIQUE

Douleur	69 cas
Amaigrissement	45 cas
Insuffisance pancréatique externe	21 cas
Trouble de la glycorégulation :	
- Diabète	3 cas
- Prédiabète	16 cas
Ictère	17 cas
Sténose duodénale	3 cas
Hypertension portale	5 cas

- BILAN PREOPERATOIRE -

I - BILAN BIOLOGIQUE

Nous ne ferons que le signaler en disant qu'outre un bilan préopératoire classique, il doit comprendre :

- 1 bilan hépatique,
- 1 bilan de la fonction endocrine avec hyperglycémie provoquée,
- 1 de la fonction exocrine.

II - BILAN RADIOLOGIQUE

Il va, dans la plupart des cas, nous renseigner sur le retentissement de la P.C. sur les organes de voisinage.

1°) Radiographie sans préparation de l'aire pancréatique, qui comprend des clichés de face, de 3/4 et de profil, et qui va rechercher la lithiase pancréatique. Retrouvée dans 39 cas, elle est topographiquement variable :

- le plus souvent céphalique (21 cas),
- diffuse à prédominance céphalique (10 cas),
- diffuse (8 cas).

Ceci correspond au chiffre de la littérature :

- G. GUILLEMIN - 39 céphaliques,
 - 13 à prédominance céphalique,
 - 17 diffuses.

2°) La biligraphie intra-veineuse

Outre le fait qu'elle renseigne sur la possible présence d'une lithiase vésiculaire ou cholédocienne, c'est l'examen indispensable pour apprécier l'atteinte de la voie biliaire principale dans la P.C. Celle-ci se traduit par une sténose plus ou moins importante et régulière du cholédoque intra-pancréatique associée ou non à une dilatation sus-jacente.

Une telle atteinte des voies biliaires a été retrouvée 15 fois à la biligraphie. Si l'on ajoute les 17 cas où il existait un ictère et où l'atteinte était évidente, cela fait 32 retentissements cholédociens prouvés en préopératoire.

3°) Le transit oeso-gastro-duodénal

Indispensable, il peut montrer :

- un élargissement du cadre
- une compression d'un segment de duodénum, le plus souvent le deuxième,
- un refoulement de l'estomac par un pseudo-kyste.

Si une sténose duodénale cliniquement parlante n'a été retrouvée que 3 fois, les anomalies radiologiques sont très fréquentes puisque notées dans 34 cas qui se décomposent ainsi :

- 12 élargissements du cadre duodénal,
- 13 encoches ou sténoses plus ou moins importantes de D2,
- 3 atteintes de D1 ou D4,
- 6 refoulements en avant de l'estomac par un P.K.

4°) L'artériographie coelio-mésentérique supérieure

Elle n'a que peu d'intérêt dans le diagnostic de la P.C. Ses avantages sont les suivants :

- Elle étudie la vascularisation de l'étage sus-mésocolique et permet donc de connaître les anomalies de vascularisation en particulier la naissance d'une artère hépatique droite de la mésentérique supérieure. Cet avantage est théorique pour certains, la plupart des anomalies étant décelées opératoirement. Dans notre statistique, nous avons noté un cas d'artère hépatique naissant de l'artère mésentérique supérieure décelé opératoirement sur 14 duodéno-pancréatectomies hépatiques.
- Elle permet le diagnostic des hémorragies artérielles compliquant les P.C.
- Elle permet parfois de confirmer la présence d'un pseudo-kyste.
- Surtout au temps veineux, on peut apprécier le retentissement portal de la P.C. On peut ainsi se passer de la splénoportographie, tout en sachant que les images obtenues ne permettent pas d'apprécier les déformations minimales dues à la compression.

Réalisée 9 fois dans notre série, elle a confirmé 5 fois la présence d'un pseudo-kyste, montré 1 sténose du tronc coeliaque et 1 stop franc de l'artère gastro-duodénale (obs. n° 70), enfin 1 fois elle a objectivé une gêne au retour veineux.

En conclusion, sans être capitale, l'artériographie coelio-mésentérique peut, dans certains cas, faire partie du bilan préopératoire des P.C.

5°) La splénoportographie

Son intérêt est double :

- Appréciation du degré d'hypertension portale que l'on chiffre.
- Obtention d'images permettant de juger le retentissement de la P.C. sur les gros troncs du système porte.

LEGER, sur 126 cas, trouve 54 % d'anomalies qu'il classe en trois degrés de gravité croissante. On citera également la thèse de SPAY sur "la valeur de la splénoportographie en pathologie pancréatique" et qui estime que cet examen fournit des renseignements valables dans 90 % des cas.

Mais cette splénoportographie peut être dangereuse, exposant aux hématomes sous-capsulaires et aux ruptures de rate. C'est pourquoi il semble préférable de la réaliser le matin de l'intervention.

Dans notre service, elle n'a été réalisée qu'une seule fois (obs. n° 36) et s'est révélée normale.

6°) La cholangio-pancréatographie rétrograde perduodénoscopique

Jamais réalisée dans notre série, il s'agit de la dernière née des méthodes d'investigation pancréatique.

Elle permet de réaliser une cholangiographie et une Wirsungographie.

Ses inconvénients sont doubles :

- d'une part, examen difficile, ses échecs ne sont pas rares (de 10 à 30 % selon les opérateurs),
- d'autre part, possibilités de complications (angiocholite, pancréatite aiguë).

7°) Enfin, en cas de pseudo-kystes, deux examens peuvent être demandés, l'urographie et le lavement baryté. Ils sont en fait le plus souvent pratiqués en premier dans le cadre du bilan d'une tumeur de l'hypocondre gauche.

- Le lavement baryté pouvant révéler une sténose extrinsèque du côlon transverse ou de l'angle colique gauche,
- L'urographie, un refoulement du rein gauche.

III - AUTRES EXPLORATIONS

1°) Echotomographie

Il semble s'agir d'un examen d'avenir dans le bilan des P.C.

Simple et sans danger, son intérêt est double :

- il apprécie les contours pancréatiques,
- fait le diagnostic des pseudo-kystes.

Réalisée 6 fois dans notre série, elle a permis le diagnostic de 4 pseudo-kystes et de 2 augmentations de volume de la tête pancréatique. Chaque fois ses résultats ont été confirmés opératoirement.

2°) La stratigraphie axiale

Cet examen donne des renseignements utiles sur le degré d'hypertrophie du pancréas et sur certains diagnostics différentiels. Mais de réalisation difficile et pénible pour le malade, la stratigraphie a été supplantée par l'échotomographie.

Dans notre série, réalisée deux fois, elle avait confirmé l'hypertrophie pancréatique (obs. n° 12 et 65).

3°) La scintigraphie pancréatique

Réalisée une fois, son résultat était ininterprétable. Elle renseigne sur la morphologie du pancréas et sur sa capacité fonctionnelle.

4°) La gastroscopie et la laparoscopie

Elles ont été réalisées quelquefois. Ces examens ont surtout l'intérêt d'éliminer certains diagnostics différentiels dans des cas cliniques bien précis.

En conclusion, ce bilan préopératoire qui renseigne d'une part sur l'état du pancréas et d'autre part sur le retentissement sur les organes de voisinage, est caractérisé par la multiplicité des examens. Aussi devons-nous essayer d'en établir une hiérarchie :

- En premier lieu, 3 radiographies sont indispensables :

- . les radiographies simples de l'aire pancréatique,
- . la biligraphie intra-veineuse,
- . le transit oeso-gastro-duodénal.

- Ensuite viennent 2 explorations qui sont obligatoires dans certains cas :
 - . l'échotomographie,
 - . l'artériographie coelio-mésentérique supérieure avec son temps veineux.
- Le reste des examens ne servant qu'à pallier les défaillances des précédents, et devant être discutés cas par cas.

BILAN PREOPERATOIRE

Examens indispensables :

- Radiographies simples de l'aire pancréatique.
- Biligraphie intra-veineuse.
- Transit gastro-duodéal.

Dans certains cas :

- Artériographie coelio-mésentérique supérieure.
- Echotomographie.

Plus rarement :

- Splénoportographie.
- Cholangiopancréatographie rétrograde.
- Scintigraphie pancréatique.

— LE BILAN PEROPERATOIRE —

Nous ne reviendrons pas sur *l'examen de la glande pancréatique* qui est capital, et a été envisagé dans le chapitre sur l'anatomo-pathologie.

Nous étudierons successivement, la cholangiographie et la Wirsungographie, deux examens que nous pratiquons habituellement en peropératoire et sur le résultat desquels repose l'indication opératoire.

I - CHOLANGIOGRAPHIE PEROPERATOIRE

Réalisée 51 fois, elle est faite par ponction vésiculaire, beaucoup plus rarement par voie transcystique. Elle renseigne :

- Sur l'existence ou non d'une lithiase biliaire.
- Sur l'état du cholédoque intra-pancréatique (refoulement, degré du rétrécissement, aspect de la sténose).
- Sur l'aspect de la voie biliaire principale sus-pancréatique (fine, dilatée).
- Sur la qualité du passage duodénal.

Sur 51 cholangiographies :

- 16 étaient normales, avec bon passage duodénal,
- 35 montraient un rétrécissement du cholédoque avec 33 fois une dilatation sus-jacente.

Cette grande fréquence de retentissement biliaire (1 cas sur 2) rejoint les données de la littérature :

LEVRAT	20 %,
VACHON	40 %,
HEPP	61 %,
VIARD	50 %.

II - WIRSUNGOGRAPHIE ET KYSTOGRAPHIE

L'exploration radiologique des canaux pancréatiques a été tentée 49 fois avec 41 succès et 8 échecs de ponction directe du Wirsung.

Trois méthodes ont servi à cet examen :

1°) La Wirsungographie descendante, réalisée soit par ponction directe, soit à partir de la tranche de section pancréatique.

a) Wirsungographie par ponction directe du Wirsung (30 fois)

Pratiquée à la limite de l'isthme et du corps, elle se fait soit à l'aveugle, soit après repérage d'un Wirsung dilaté qui apparaît rénissant à la surface du pancréas. Après prélèvement de quelques centimètres cubes de liquide pancréatique pour examen chimique, on injecte le produit de contraste, qui nous donne les renseignements suivants :

- importance de la dilatation du Wirsung,
- siège de cette dilatation (tête, corps, queue),
- présence ou non de calculs,
- injection de cavités pseudo-kystiques,
- passage duodénal.

Sur nos 30 cas, nous avons :

- 1 Wirsungographie normale,
- 8 dilatations très importantes (véritables hydropancréatoses),
- 21 dilatations moyennes,
- 19 passages duodénaux,
- 11 absences de passage,
- 19 fois la dilatation était diffuse,
- 10 fois localisée ou prédominante à la tête.

b) Wirsungographie par cathétérisme du Wirsung sur la tranche de section pancréatique après spléno-pancréatectomie gauche (réalisée 4 fois).

On la pratique essentiellement pour apprécier la qualité du passage duodénal. En effet, en cas de mauvais passage et de sténose distale, une anastomose pancréato-jéjunale doit être réalisée.

2°) La Wirsungographie rétrograde transpapillaire

Elle a été réalisée 1 fois du fait de conditions particulières :

Obs. n° 8 - Mr CHE... 65 ans, éthylique.

- Dans ses antécédents on retrouve une gastrectomie pour ulcère en 1945.
- Début des troubles en janvier 1960 avec une symptomatologie dominée par des douleurs en barre.

- La radio simple montre une lithiase pancréatique localisée à la tête.
- 5.10.1960 : Intervention (Dr MELEY) :
 L'exploration montre des concrétions dures dans une tête scléreuse et hypertrophiée. Le reste du pancréas est non hypertrophié, régulier, dur, sans concrétion.
 Du fait des difficultés créées par la gastrectomie transmésocolique de 1945 et de la localisation droite de la lithiase, on décide un abord transduodénal avec extraction de calculs du Wirsung suivie d'une *Wirsungographie rétrograde* qui montre des canaux pancréatiques très dilatés.
 L'intervention se termine par un drainage transpapillaire du Wirsung.
- Suites immédiates simples.
- 12.12.1960 : Occlusion par bride.
 Réintervention. Décès postopératoire.

3°) La kystographie

Réalisée par ponction directe du pseudo-kyste, on apprécie dans un premier temps après aspiration, l'aspect du contenu kystique (clair, purulent, nécrotique, hémorragique). Puis on injecte le produit de contraste. Les images obtenues précisent le siège par rapport au pancréas, l'extension qui dépasse souvent les limites de la glande et surtout l'existence ou non d'une communication radiologiquement visible avec les canaux pancréatiques.

Cependant, elle ne permet pas d'éliminer formellement une communication du P.K. avec un canal ou canalicule comme le prouvent les fistules pancréatiques après drainage externe d'un PK non communiquant radiologiquement.

Dans nos 6 kystographies nous avons deux connections radiologiques avec le Wirsung et 4 pseudo-kystes exclus.

BILAN PEROPERATOIRE

Cholangiographie peropératoire	51 cas
Wirsungographie descendante	42 cas (dont 8 échecs)
Wirsungographie rétrograde	1 cas
Kystographie	6 cas

APPRECIATION DES RESULTATS

Pour apprécier le résultat obtenu par chaque intervention, nous tiendrons compte des paramètres suivants :

- douleur,
- insuffisance pancréatique externe,
- troubles de la glycorégulation,
- amaigrissement,
- état général, avec comme corollaire, la reprise d'une activité professionnelle,
- complications post-opératoires,
- réinterventions,
- décès secondaires,

en sachant que la plupart de ces jugements sont subjectifs et que ces résultats sont variables dans le temps.

Nous insisterons en outre sur le rôle prépondérant de la douleur. On ne parlera de bons résultats qu'en cas de disparition de celle-ci et à l'inverse tout malade ayant cessé de souffrir totalement sera considéré à priori comme un bon résultat si les autres paramètres ne sont pas atteints de façon importante.

Nous définirons donc comme :

- Bons résultats :

Les malades ne ressentant plus de douleurs, même s'ils présentent de rares diarrhées ou un petit diabète bien équilibré (cas des spléno pancréatectomies gauches).

- Résultats moyens :

Lorsqu'il persiste quelques douleurs, sans commune mesure avec les douleurs pré-opératoires.

Lorsqu'un des paramètres perturbe la vie du malade qui ne se déclare pas en très bon état général.

- Résultats médiocres et échec :

Les malades qui continuent à souffrir ou ont dû subir une réintervention et bien entendu les patients décédés secondairement du fait de leur maladie pancréatique ou de l'intervention.

— TRAITEMENT CHIRURGICAL —

En se basant sur les données de la clinique et du bilan pré et peropératoire, trois catégories d'interventions ont été pratiquées :

- opérations nerveuses,
- opérations de dérivation,
- opérations d'exérèse.

A propos de chacune d'elles, nous envisagerons la technique, les résultats, avant d'essayer d'en tirer une conclusion quant aux indications.

Nos 70 malades ont subi dans le Service 83 opérations à visée pancréatique :

- 11 malades ayant eu 2 interventions,
- 1 malade ayant été opéré 3 fois (obs. n° 26).

Les différents types d'opération sont reproduits dans le tableau n° 2.

Duodénopancréatectomie céphalique	14 cas
Splénopancréatectomie gauche (dont 1 associée à une gastro-entéro-anastomose)	17 cas
Wirsungojéjunostomie	13 cas
dont - 4 isolées	
- 6 avec dérivation biliaire	
- 3 triples anastomoses	
Splanchnicectomie gauche (dont 1 associée à une cholédoduodénostomie)	9 cas
Dérivation gastrique isolée	2 cas
Dérivation biliaire isolée	4 cas
Dérivation biliaire et gastrique	1 cas
Dérivation wirsungienne transpapillaire	2 cas
Drainage externe de pseudo-kyste	6 cas
Drainage interne de pseudo-kyste	4 cas
Diverses interventions biliaires	2 cas
Laparotomie exploratrice	4 cas
Vérification d'anastomose wirsungienne	4 cas
Réfection d'anastomose biliaire	1 cas
	83 cas

TABEAU N° 2 - Interventions pratiquées.

I - LES OPERATIONS NERVEUSES

A - LA SPLANCHNICECTOMIE

1°) Inaugurée en 1942 par son promoteur P. MALLET-GUY, la splanchnicectomie gauche vise deux objectifs : opération antalgique, mais aussi opération à visée pathogénique. Elle devrait agir non seulement sur la douleur mais de plus sur les phénomènes physiopathologiques de la pancréatite changeant ainsi le cours de la maladie. A noter que P. MALLET-GUY complète cette splanchnicectomie gauche par la résection du ganglion semi-lunaire gauche.

2°) Sur le plan technique la résection des nerfs grand et petit splanchnique gauche se fait le plus souvent par voie lombaire.

Une voie d'abord transpéritonéale a été décrite par LEGER et MICHON mais sa réalisation technique est difficile.

Cette opération peut être utilisée seule ou associée à des opérations de dérivation ou d'exérèse.

3°) Les observations

Dans notre série, on collige 9 splanchnicectomies gauches toutes réalisées par lombotomie gauche. Huit étaient isolées, une associée à une cholédoco-duodénostomie.

Dans l'observation n° 1 déjà décrite, l'indication avait été posée chez une femme de 35 ans dont le seul symptôme était la douleur et qui présentait une pancréatite supposée parenchymateuse au caractère discret mais néanmoins diffus, à prédominance céphalique. Le résultat s'est soldé par un échec avec réintervention 6 mois plus tard. A noter que l'anatomie pathologique a montré qu'il s'agissait en fait d'une pancréatite lithiasique.

Obs. n° 3 - Mme GUI... 64 ans, éthylique aux antécédents psychiatriques (internement).

Début des troubles 9 ans auparavant par des douleurs de l'hypocondre droit de type biliaire. En octobre 1958, accès d'angiocholite. La biliographie pratiquée en décembre 1958 montre l'absence de lithiasse, un cholédoque intra-pancréatique peu visible avec dilatation sus-jacente. On conclut à une P.C. et on *intervient* le 6.1.1959 (Dr MELEY).

L'exploration montre un cholédoque dilaté et une P.C. diffuse avec trois nodules de la grosseur d'une cerise au niveau de la tête, du corps et de la queue et dont la ponction est négative. La cholangiographie confirme la sténose cholédocienne intra-pancréatique avec dilatation sus-jacente. La ponction du Wirsung est négative.

Du fait du caractère parenchymateux de cette P.C. avec ponction du Wirsung négative, on réalise une *cholédoco-duodénostomie* associée à une *splanchni-*

cectomie gauche par voie lombaire devant l'ancienneté de la douleur.

Revue en 1968 (9 ans plus tard). Bon état général. Pas de troubles des sécrétions exo et endocrines. Bon résultat sur les douleurs puisqu'il ne persiste que quelques douleurs très épisodiques atténuées.

Obs. n° 4 - Mr PER... 63 ans, éthylique important aux antécédents psychiatriques (internement).

Présente depuis plusieurs années des douleurs de type pancréatique.

Intervention le 21.2.59 (Dr MELEY) : pancréatite de type parenchymateux modérée, limitée à la tête avec un noyau du volume d'une cerise. La cholangiographie montre un cholédoque à peine dilaté, une bonne évacuation duodénale et un reflux dans le Wirsung sur 5 cm. On se contente d'une splanchnicectomie gauche réalisée par voie lombaire devant le caractère uniquement douloureux de cette P.C. parenchymateuse discrète. Pendant le premier mois, le malade n'a pas présenté de douleurs. Il n'a pas été revu depuis.

Obs. n° 6 - Mr DIF... 43 ans, non éthylique.

Présente depuis 10 ans des douleurs épigastriques modérées de type pancréatique, s'associant à de la diarrhée avec stéatorrhée et à un amaigrissement de 5 kg.

Intervention le 1.4.59 (Dr MELEY).

Discrète lésion de pancréatite parenchymateuse semblant limitée au corps et à la queue. On réalise une splanchnicectomie gauche par voie lombaire.

Revu en février 1970 : le poids est stable, la diarrhée inchangée, les douleurs sont devenues très rares et moins intenses. On peut le considérer comme un bon résultat.

Août 1970 intervention pour cancer du recto-sigmoïde.

Obs. n° 9 - Mr CUR... 70 ans, non éthylique.

Présente depuis 4 ans des douleurs de type pancréatique (en barre à irradiation postérieure), mais avec suspicion d'ulcère de l'angulus.

Intervention le 19.4.1961 (Dr MELEY).

Estomac normal (gastrotomie).

Pancréatite parenchymateuse discrète non hypertrophique, diffuse, avec prédominance corporéo-caudale. Du fait de son caractère uniquement douloureux, on réalise une splanchnicectomie gauche par lombotomie.

Revu en 1966 pour un cancer gastrique : jusqu'à la fin 1965 les douleurs avaient totalement disparu et le malade se déclarait satisfait. Le bilan pratiqué alors montra une sténose cholédocienne intra-pancréatique. La pancréatite avait donc continué à évoluer sans douleur.

On peut le considérer comme un très bon résultat.

Obs. n° 11 - KAL... 47 ans, éthylique.

Présente depuis 4 ans des douleurs épigastriques avec diarrhée. En 1962, deux épisodes de pancréatite subaiguë. Le bilan révèle quelques calcifications au niveau de la tête.

Intervention le 24.5.1963 (Dr MELEY). Pancréatite discrète limitée à la tête qui est scléreuse. La radio-manométrie biliaire trans-vésiculaire est normale, la ponction du Wirsung négative. On réalise une splanchnicectomie gauche par voie lombaire.

Revu en 1964 pour une cure d'hémorroïdes et en 1974 pour une cure de hernie inguinale. Plus de douleurs. Par contre cirrhose hépatique avec perturbation fonctionnelle.

Bon résultat malgré le fait qu'il s'agisse d'une P.C. lithiasique.

Obs. n° 40 - Mme JOU... 71 ans, non éthylique.

A présenté 20 ans auparavant un ulcère gastrique traité médicalement. Depuis 2 ans, douleurs de type pancréatique avec amaigrissement de 7 kg. La radio simple montre des calcifications pancréatiques diffuses mais peu nombreuses.

Intervention le 13.10.1970 (Dr MELEY). Pancréatite diffuse modérée avec une glande ferme lobulée non hypertrophique. Cholangiographie normale en dehors d'un reflux de 7 cm dans un Wirsung non dilaté. Ponction du Wirsung impossible. Du fait de l'âge et du caractère diffus et modéré sans retentissement canalaire, on pratique une cholécystostomie associée à une splanchnicectomie gauche par lombotomie.

Revue en 1973. Résultat moyen car les douleurs persistent mais moins fréquentes, intenses et prolongées qu'avant l'intervention.

Obs. n° 65 - Mr RAV... 47 ans, éthylique.

Présente depuis 4 ans des douleurs de type pancréatique avec diarrhée et amaigrissement de 20 kg en 4 ans. La stratigraphie confirme l'hypertrophie pancréatique.

Intervention le 22.10.1958 (Dr MELEY) : Pancréatite parenchymateuse diffuse modérée non hypertrophique. Du fait du caractère discret des lésions une section du splanchnique gauche est réalisée par lombotomie gauche.

Revu en 1961 : plus de douleurs, persistance de la diarrhée, reprise de poids. Malgré une reprise de l'éthylisme en 1959, bon résultat à 3 ans. Pas revu depuis 1961.

Quant au 9ème cas de splanchnicectomie (obs. n° 35), nous le décrirons au chapitre des pseudo-kystes. Pratiquée en 1971 pour une pancréatite modérée que l'on pensait parenchymateuse sans retentissement canalaire, elle s'était révélée un échec.

4°) Les résultats

Sur 8 malades revus sur 9 splanchnicectomisés :

- 2 échecs (obs. n° 1 et 35) ayant nécessité des réinterventions. Il est intéressant de noter que ces P.C. se sont révélées secondairement lithiasiques.

- 1 résultat moyen (obs. n° 40) où les douleurs persistent sur un mode mineur. Il s'agissait d'une P.C. lithiasique.

- 5 bons résultats (obs. n° 3, 6, 9, 11 et 65), nécessitant quelques remarques :

- . le malade de l'observation n° 3 a eu une cholédoduodénostomie associée à l'opération nerveuse,
- . malgré la lithiase pancréatique, l'observation n° 11 est un bon résultat.

Tous les autres bons résultats correspondant aux P.C. parenchymateuses.

Dans la littérature, les résultats sont variables :

- P. MALLET-GUY : sur 207 splanchnicectomies gauche avec résection du ganglion semi-lunaire gauche :

- . 7 morts,
- . 85 % de guérisons,
- . 7,8 % de résultats moyens,
- . 7,2 % d'échecs.

- RIBET : 29 malades revus : 25 % de bons résultats. En fait dans un tiers des cas, il existait un obstacle canalaire, ce qui est en contradiction avec les principes énoncés par P. MALLET-GUY.

- VISSET : 14 cas : 35 % de bons résultats.

- LEGER : 8 cas : 1 bon résultat.

5°) Les indications

La splanchnicectomie n'est pas indiquée dans les P.C. à un stade avancé avec complications ou retentissement canalaire. Il semble qu'elle soit à exclure du traitement des P.C. lithiasiques.

Par contre, elle peut être indiquée dans les P.C. parenchymateuses d'intensité modérée sans retentissement canalaire prouvé opératoirement. Et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet âgé ou en mauvais état général chez lequel la douleur est l'élément dominant de la symptomatologie.

B - Pour clore ces opérations nerveuses, signalons la NEUROTOMIE POST-GANGLION-NAIRE des auteurs japonais (Yoshioka et Wakabayashi). Il s'agit d'une énérvation rétro-portale de la tête du pancréas qui se propose d'agir uniquement sur la douleur. De réalisation délicate, elle a été peu utilisée en France.

11 - LES OPERATIONS DE DERIVATION

Les dérivations peuvent se pratiquer à trois niveaux :

- pancréas,
- estomac,
- voies biliaires.

Si la dérivation pancréatique représente un mode de traitement de la P.C. à part entière, les dérivations biliaires et gastriques isolées ne sont que des traitements palliatifs. Nous les envisagerons en premier.

A - OPERATIONS DE DERIVATION GASTRIQUE

La gastro-entéro-anastomose se contente de traiter la sténose duodénale conséquence de la P.C. sans s'occuper de la cause.

Réalisée 7 fois dans notre série :

- 3 fois elle était associée à une wirsungojéjunostomie,
- 1 fois à une spléno pancréatectomie gauche,
- 1 fois à une cholédocojéjunostomie (obs. n° 47),
- 1 fois isolée (obs. n° 67),
- 1 fois isolée 5 ans après une cholédocojéjunostomie.

Obs. n° 47 - Mme DES... 69 ans, éthylique probable.

Présente dans ses antécédents en 1948 une cholécystectomie avec fistule biliaire dans les suites et en 1954 une intervention pour cancer du col utérin.

Elle se plaint depuis quelques années de douleurs épigastriques en barre, peu importantes, mais surtout depuis juin 1974, elle présente des vomissements post-prandiaux précoces devenus quotidiens.

Intervention le 5.11.1974 : l'exploration montre un foie de stéatose, des voies biliaires très distendues, un duodénum sténosé, et bien sûr, une pancréatite chronique avec des lésions intenses et diffuses de sclérose prédominant sur la tête. Vu l'âge, l'exérèse est exclue, la dérivation pancréatique apparaît aléatoire car la sclérose domine la distension. On pratique donc une double dérivation cholédocienne (latéro-latérale) et gastrique sur une anse en Y précolique.

Les suites immédiates sont simples, mais en avril 1975 poussée d'ascite avec subocclusion.

Réintervention le 15.4.1975. On libère l'anse en Y qui présentait un certain degré de striction due à des brides épiploïques et surtout on constate une hypertension portale en rapport avec la P.C.

Le 20.4.75 décès dans un tableau d'anasarque avec complications pulmonaires.

Obs. n° 67 - Mme GRO... 66 ans, non éthylique.

Présente depuis 2 ans des douleurs de type pancréatique et un diabète traité par le régime et le Glucidoral. Surtout très mauvais état général avec amaigrissement de 21 kg dû en partie à un tableau de sténose duodénale clinique. A l'examen, du fait d'une maigreur extrême, on percevait non seulement le pancréas mais, fait exceptionnel, les concrétions intracanalaires.

Intervention le 8.6.1959 (Dr MELEY) : Le pancréas est diffusément hypertrophié avec présence de concrétions signant la P.C. lithiasique. Du fait de l'état général on se contente d'une gastro-entéro-anastomose.

Les suites sont simples.

Amélioration des douleurs jusqu'à novembre 1959.

Puis reprise de la diarrhée et des douleurs, cachexie progressive. Décès en janvier 1960, à mettre sur le compte de la pancréatite chronique.

Ces deux observations illustrent bien l'intérêt et les limites de la dérivation digestive, non associée à un geste pancréatique :

- Intérêt chez des sujets âgés en mauvais état, présentant une sténose duodénale et chez qui ce geste simple stoppe les vomissements et permet de remonter l'état général dans l'immédiat.

- Limites car la P.C. continue à évoluer et à donner d'autres complications.

B - OPERATIONS DE DERIVATION BILIAIRE

Sur les 14 dérivations biliaires pratiquées, 9 étaient associées à un geste pancréatique :

- 8 à une wirsung-jéjunostomie,
- 1 à une splanchnicectomie gauche, c'est l'observation n° 3 que nous avons déjà envisagée.

Parmi les 5 restantes et que nous étudierons dans ce chapitre, on notait :

- 2 cholédoco-jéjunostomies,
- 2 cholécysto-jéjunostomie,
- quant à la 5ème associant une cholédoco-jéjunostomie à une G.E.A., il s'agit de l'observation n° 47 que nous venons d'envisager et qui est un échec tardif.

1°) Les observations

Obs. n° 16 - Mr VIL... 71 ans.

Présente une maladie de Biermer et depuis un an des douleurs de l'hypocondre droit avec 2 mois auparavant un épisode ictérique. La biligraphie montre une vésicule alithiasique et une dilatation cholédocienne.

Intervention le 22.9.1964. Dr MELEY. L'exploration montre un foie scléreux, une vésicule tendue, un cholédoque dilaté. Le pancréas non hypertrophié est le siège d'une sclérose diffuse. De plus, hypertension portale avec rate volumineuse.

La cholangio montre une dilatation importante de la voie biliaire principale avec rétrécissement du cholédoque intra-pancréatique. Il existe un passage duodénal.

Du fait de l'âge du malade, on se contente d'une anastomose cholédoco-jéjunale termino-latérale sur anse en omega transmésocolique.

Suites simples. Jusqu'en 1969 très bon résultat avec disparition des douleurs et bon état général. En 1969 tableau de sténose duodénale avec stase gastrique.

Réintervention le 30 décembre 1969, qui montre une sténose du 2ème duodénum par un gros nodule pancréatique. Une G.E.A. est pratiquée en aval sur l'oméga.

Très bon résultat jusqu'en 1972 (79 ans) où le malade voit sa pancréatite chronique évoluer avec 10 selles pâteuses par jour et douleurs de type pancréatique.

Obs. n° 19 - Mme DUR... 72 ans.

Son histoire commence le 10 janvier 1959 par une *intervention* (Dr MELEY) pour angiocholite lithiasique suppurée. L'exploration montre une vésicule alithiasique, un pancréas oedématié et la cholédocotomie permet une issue de pus et l'ablation de calculs. Du fait du mauvais état général, on termine l'intervention par un drainage biliaire externe (drain de Kehr). Le contrôle 13 jours après montre l'absence de passage duodénal.

Réintervention le 30 janvier 1959 : anastomose cholédoco-jéjunale latéro-terminale sur une anse en Y transmésocolique.

Suites immédiates simples, mais en novembre 1959 tableau de sténose duodénale.

Réintervention le 2 décembre 1959 qui montre une hypertrophie oedémateuse de la tête et du corps du pancréas avec Wirsung distendu. On réalise une gastro-entéro-anastomose et une wirsungo-jéjunostomie.

Suites longues et compliquées. Décès le 19.2.1960.

Obs. n° 39 - Mr SAG... 33 ans, éthylique.

Présente depuis 4 ans des douleurs épigastriques et de l'hypocondre droit avec vomissements. Amaigrissement de 7 kg et surtout ictère rétionnel. Mauvais état général.

Intervention le 27.12.1972 (Dr MELEY). Foie de cholostase, vésicule alithiasique distendue. Pas de sténose duodénale. Pancréatite chronique limitée à la tête qui est hypertrophique et scléreuse. Un oedème des mésos et du péritoine. La cholangiographie montre une dilatation des voies biliaires avec sténose régulière du cholédoque inférieur sur 5 cm mais avec bon passage duodénal.

La wirsungographie montre une légère dilatation d'un canal de Wirsung sinueux avec passage duodénal.

Du fait de l'ictère important et de l'état général médiocre, on renonce à la duodéno-pancréatectomie céphalique (D.P.C.) et on se contente d'une cholécystostomie.

Dans les suites, la radio de contrôle biliaire montre un état inchangé du cholédoque.

Réintervention le 2.2.1973 : on constate une inflammation du péritoine avec oedème important et on réalise une anastomose cholécysto-jéjunale sur anse en omega transmésocolique avec ligature de l'anse afférente et anastomose au pied de l'anse.

Suites simples.

Revu en 1977. Arrêt total de l'éthylisme.

Très bon résultat avec disparition des douleurs, reprise de poids, bon état général, travail à temps plein.

Obs. n° 45 - Mr TRA... 62 ans.

Opéré en 1966 d'un cancer de la langue. Début des troubles en 1968 par des douleurs épigastriques. Amaigrissement de 8 kg. Etat prédiabétique. Calcifications pancréatiques céphaliques à la radio. Surtout épisode ictérique et dilatation cholédocienne à la biligraphie.

Intervention le 26.10.1973 (Dr MOREL). Pancréatite diffuse avec tête hypertrophique très dure.

La cholangio montre des voies biliaires très dilatées avec sténose filiforme du cholédoque intra-pancréatique sur 3 cm.

La ponction du Wirsung est négative.

Une cholécysto-jéjunostomie sur anse en omega avec anastomose au pied est réalisée.

Revu en 1976 : Plus de douleur. Va bien.

Par contre, diabète traité par 2 Daonil + 2 Glucophage.

2°) Les résultats

Si nous analysons les résultats de ces 5 interventions, nous avons :

- obs. n° 47 : échec tardif avec 6 mois après l'intervention, hypertension portale et décès.
- obs. n° 16 : échec tardif avec reprise de l'évolution de la P.C. 8 ans après. En fait, vu l'âge (79 ans) on peut considérer l'intervention comme un bon résultat relatif.
- obs. n° 19 : échec : 6 mois après l'intervention biliaire, dérivation gastrique et pancréatique suivie de décès.
- obs. n° 39 : revu en 1977 ; très bon résultat. Le malade a arrêté son intoxication et travaille normalement.
- obs. n° 45 : bon résultat 3 ans après.

3°) Les indications

La dérivation biliaire isolée apparaît donc comme une intervention palliative à réserver à des malades trop âgés ou en trop mauvais état général pour supporter une exérèse qui, dans les 5 cas, aurait été une D.P.C. En effet, si elle traite dans l'immédiat la sténose cholédocienne, elle n'empêche pas la P.C. d'évoluer et de refaire parler d'elle avec apparition de nouvelles complications et de nouveaux symptômes.

C - OPERATIONS DE DERIVATION PANCREATIQUE SANS EXERESE

Le drainage pancréatique peut se faire soit par voie transpapillaire, soit par wirsungo-jéjunostomie.

1°) Drainage transpapillaire dont il existe de nombreuses variantes :

a) Drainage transpapillaire simple où, par voie transduodénale, on met en place dans le Wirsung à travers le sphincter un tube qui ressort par une minime brèche de la paroi duodénale.

b) Drainage transpapillaire associé à une sphinctérotomie, le drain ressortant soit à travers le duodénum, soit à la manière de Doubilet dans laquelle le drain glissé dans le Wirsung remonte dans le cholédoque, pénètre dans un drain de Kehr intra-cholédocien et ressort avec celui-ci.

c) A ces drainages peuvent être associés des wirsungolithotomies et des forages du Wirsung de droite à gauche ou mieux de gauche à droite après ouverture du Wirsung dilaté au niveau de l'isthme (MERCADIER).

Dans notre série, nous avons 2 cas de dérivations transpapillaires :

Obs. n° 8 - Mr CHE... 65 ans, éthylique.

Gastrectomisé en 1945 pour ulcère gastrique, présente depuis 1 an des douleurs de type pancréatique avec des calcifications de la tête du pancréas à la radio simple.

Mauvais état général.

Intervention le 5 octobre 1960 (Dr MELEY) : l'exploration montre un corps et une queue pancréatiques durs, réguliers sans concrétion, par contre concrétions dures dans une tête scléreuse et hypertrophiée. Du fait des difficultés créées par la gastrectomie transmésocolique de 1945, de la localisation droite de la lithiase, un abord transduodénal est décidé avec wirsungolithotomie, drainage wirsungien, la wirsungographie rétrograde montrant des canaux pancréatiques très dilatés.

L'anatomie pathologique de la biopsie du foie montre une stéatose massive sans cirrhose.

Réintervention le 12.12.60 pour occlusion par bride.

Décès le 13.12.1960.

Obs. n° 13 - Mr CHO... 57 ans, éthylique,

dont la maladie débute en janvier 1963 par un ictère succédant à des épigastalgies et associé à de la diarrhée et à un amaigrissement. Récidive de l'ictère en mai 1963. Le bilan révèle une masse de siège épigastrique remplie de calcifications et comprimant l'antre et le duodénum. Mauvais état général.

Intervention le 17.7.1963 (Dr MELEY) : Pancréas hypertrophié dans son ensemble, non dur mais sous tension, vésicule lithiasique, cholédoque dilaté. L'ouverture du ligament gastro-colique permet l'évacuation d'une collection purulente avec visualisation d'une zone nécrotique de la face antérieure du pancréas. Drainage.

Suites simples, mais les douleurs persistent, quotidiennes, néanmoins reprise de l'état général.

Réintervention le 27 septembre 1963 : P.C. diffuse à prédominance céphalique, la tête paraissant sous tension. Lithiase vésiculaire.

1. Wirsungographie qui montre une dilatation importante du Wirsung dans la tête où il existe une cavité kystique.
2. Cholécystectomie suivie de radio du cholédoque objectivant une sténose du bas cholédoque avec dilatation sus-jacente modérée.
3. On pratique d'autant qu'il existe de petits calculs cholédociens refluant par le cystique, une sphinctérotomie après duodénotomie. Celle-ci draine bien le cholédoque mais ne donne pas l'impression d'évacuer la rétention pancréatique d'où :
4. Taille wirsungienne transversale puis forage de gauche à droite du Wirsung en rejoignant la région papillaire.
Mise en place d'un drain à demeure dans le Wirsung sortant par une

petite contrincision proche du genu superius.

Le 8.10.63 : contrôle lipiodolé par le drain qui montre un Wirsung de calibre normal et une disparition de l'image kystique.

Le 14.10.63, ablation du drain.

Dans les mois suivants, apparition d'une diarrhée d'un diabète traité à l'insuline et d'un amaigrissement.

En juin 1964, décompensation cirrhotique avec syndrome ictéro-oedémato-ascitique.

Décès en novembre 1964.

Ces deux interventions ont été pratiquées chez deux sujets en mauvais état général du fait de conditions locales particulières : dans l'observation n° 8 la gastrectomie antérieure rendait toute intervention d'exérèse délicate et difficile. Dans l'observation n° 13 la présence de calculs cholédociens a fait choisir la sphinctérotomie avec drainage wirsungien.

Quant aux résultats, ils se résument à deux échecs avec deux décès en quelques mois, mais qui ne sont pas imputables à la technique.

Quoiqu'il en soit, cette technique qui était indiquée dans des formes céphaliques calcifiantes avec distension du Wirsung n'a que peu d'utilisateurs actuellement.

2°) LA WIRSUNGO-JEJUNOSTOMIE

C'est en raison de la distension du Wirsung que CATTELL et PUESTOW ont proposé une telle anastomose.

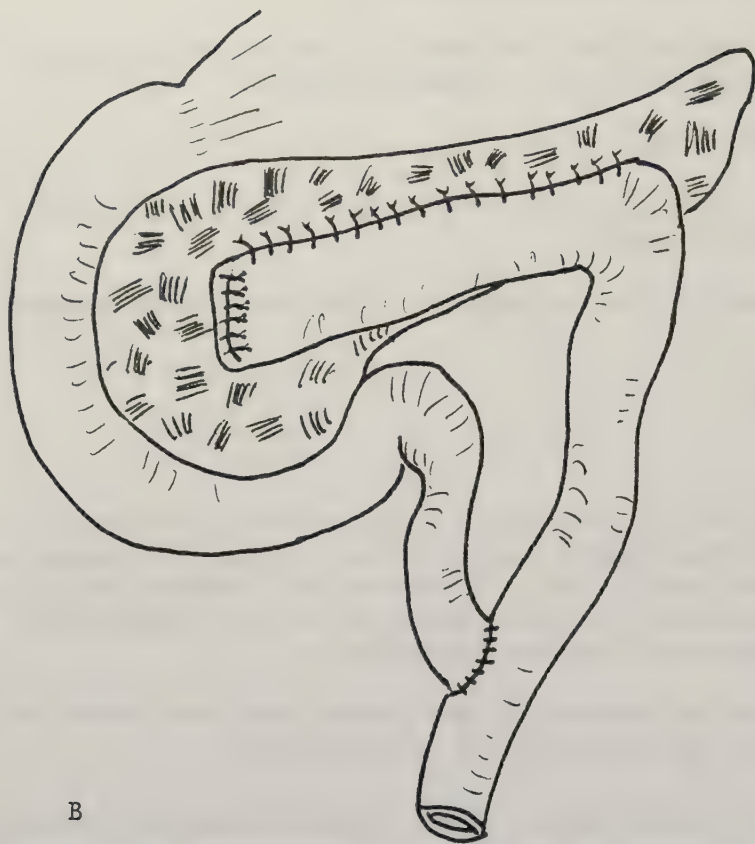
Elles sont au nombre de 13 dans notre série :

- 4 isolées,
- 6 associées à une cholécysto-jéjunostomie,
- 3 triples anastomoses.

a) Technique

1. Après incision médiane le plus souvent, l'exploration des lésions en particulier radiologiques, renseigne sur l'état du pancréas et des organes de voisinage.

- Pancréas : 12 fois les lésions étaient diffuses à prédominance céphalique dans 7 cas et corporeale dans 1 cas. 1 seule fois les lésions étaient localisées à la tête.
- Wirsung : toujours dilaté avec trois états d'hydropancréatose.
- Cholédoque : dilaté 9 fois.

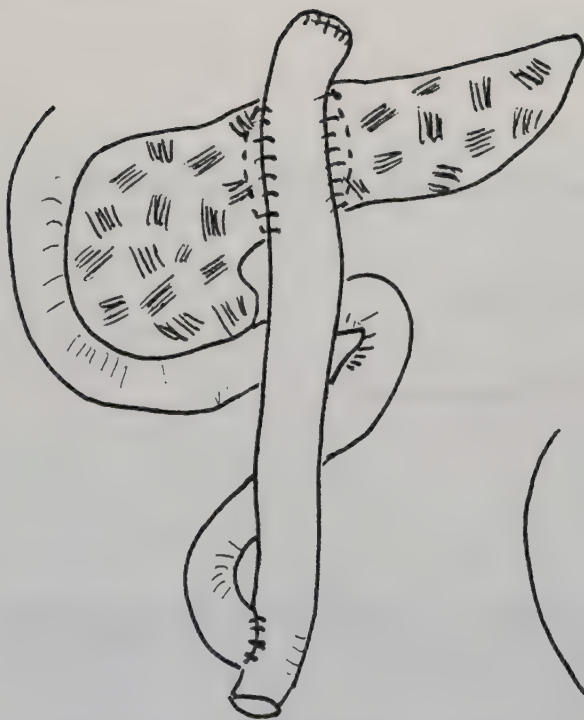


A

latéro-latérale

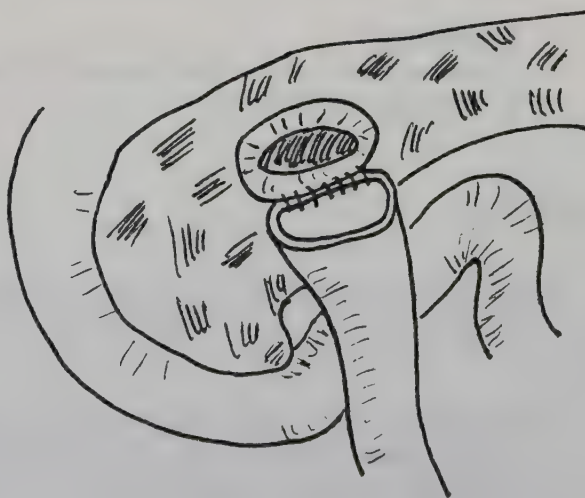
B

en "sandwich"



C

termino-latérale



- Duodénum sténosé : 3 fois.
- Pas d'hypertension portale.
- 3 pseudokystes intra-céphaliques sont objectivés par la wirsungographie.

2. L'anastomose wirsungo-jéjunale :

Il en existe de nombreuses variantes :

- *Anastomose latéro-terminale sur anse en Y* réalisée 2 fois elle se fait sur une longueur de Wirsung réduite.
- *Anastomose après hémisection de la glande* en utilisant soit une anse en oméga (GUILLEMIN et BESSOT), soit une anse en Y.
- *Anastomose latéro-latérale sur anse en Y* : Réalisée 11 fois, elle intéresse une grande longueur de Wirsung, voire presque toute la longueur du Wirsung. D'autant plus facile à réaliser que la dilatation est importante (10 à 15 mm) que le canal est superficielle, elle sera plus difficile au niveau de la tête où le canal est enchassé dans la glande. De plus, elle permet un contrôle à ciel ouvert avec ablation des calculs.
- Pour être complet, on doit ajouter la wirsungo-jéjunostomie latéro-latérale sur anse en oméga qui a pour elle la simplicité et la rapidité, mais qui expose au reflux. On peut l'améliorer par le procédé de Tomoda qui consiste à ligaturer l'anse efférente.

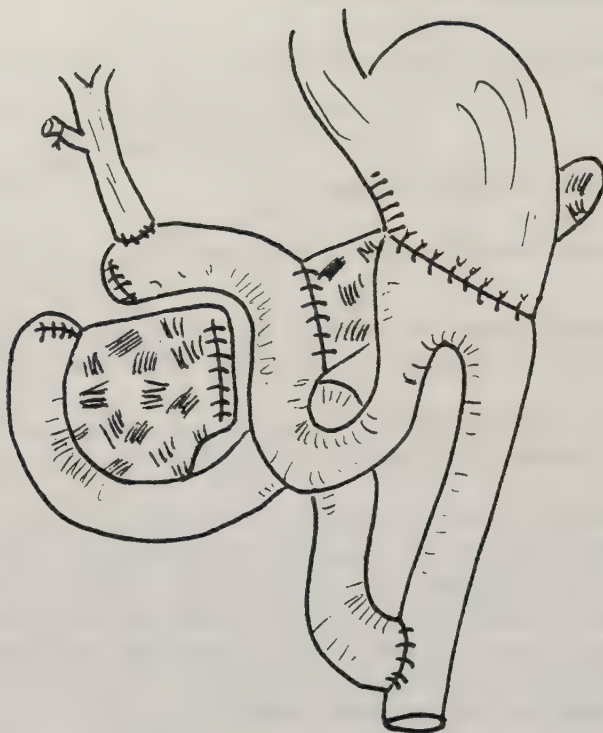
3. La double anastomose biliaire et pancréatique :

La dérivation du Wirsung est associée à une dérivation biliaire qui se fait soit avec la vésicule (9 fois), soit avec le cholédoque sus duodénal.

4. La triple anastomose :

Trois types de montage peuvent être utilisés.

- Le premier est celui décrit par le défenseur de cette intervention, Y. SALEMBIER. Il réalise une section première de l'estomac au niveau du pylore et une section de l'isthme pancréatique. Une anse en Y transmésocolique permet l'implantation successive du cholédoque sectionné, de la tranche pancréatique distale et enfin de l'estomac. La tranche pancréatique proximale est suturée.
- Moins complexe est la technique décrite par M. MERCADIER qui ne comporte ni interruption ni exérèse pancréatique. Elle utilise une anse en Y ou en oméga précolique ou transmésocolique. L'anse en Y fermée à sa partie distale reçoit successivement le Wirsung en latéro-latérale, la vésicule ou le cholédoque 15 cm plus bas, enfin l'estomac à 40 cm au moins en aval. L'anse en oméga comporte une wirsungo-jéjunostomie puis une G.E.A. 10 cm en aval, enfin une anastomose cholécysto-jéjunale si le cystique est perméable. Pour éviter un reflux dans les voies



TRIPLE DERIVATION

(Technique de Salembier)

biliaires une ligature à la Tomoda est placée entre la G.E.A. et l'anastomose biliaire.

On termine par une jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse. Enfin dans un cas comme dans l'autre, une vagotomie tronculaire est réalisée pour éviter les ulcères peptiques.

- Le 3ème type de triple anastomose est celui proposé par BARRAYA. Elle réalise de bas en haut sur une anse en Y, une G.E.A., une anastomose pancréato-jéjunale après splénopancréatectomie gauche, enfin une cholédoco-jéjunostomie après cholécystectomie.

b) Les Observations

Au nombre de 13, elles sont résumées dans le tableau n° 3.

- Age : le plus jeune a 36 ans,
le plus âgé a 72 ans,
l'âge moyen est de 48 ans.
- Sexe : 1 femme pour 12 hommes.
- Alcoolisme : certain 9 fois.
- Lithiase pancréatique dans 9 cas.
- Intervention antérieure : 2 fois.
 - . obs. n° 19 : 1 mois avant, intervention pour lithiase cholédocienne.
 - . obs. n° 33 : 15 ans auparavant, laparotomie exploratrice pour pancréatite aiguë.
- Symptômes
 - . douleurs toujours présentes,
 - . troubles de la sécrétion externe : 2,
 - . prédiabète : 5,
 - . amaigrissement : 9 fois (moyenne 10 kg).

En voici l'exposé :

Obs. n° 12 - Mr NEM... 38 ans, éthylique.

présente depuis un an des épigastralgies devenues subcontinues avec amaigrissement de 12 kg.

Elargissement du cadre duodénal au transit gastrique et hypertrophie céphalique à la stratigraphie.

Intervention le 20.9.1963 (Dr MELEY) : l'exploration montre une tête hypertrophique et dure tandis que le corps et la queue non augmentés de volume sont de consistance scléreuse. La wirsungographie montre une dilatation importante du canal sur toute son étendue, un passage duodénal mais une sténose juxta-vatérienne et des cavités kystiques dans la tête. Du fait de cette dilatation, on pratique une anastomose wirsungo-jéjunale latéro-terminale sur anse en Y transmésocolique.

- Tableau n° 3 -

LES WIRSUNGO-JEJUNOSTOMIES

N° observation	12	44	49	52	10	26
Age - Sexe	38 - H.	49 - H.	44 - H.	39 - H.	48 - H.	38 - H.
Ethylisme	+	+	+	0	+	0
Intervention antérieure	0	0	0	0	0	0
Douleurs	+	+	+	+	+	+
Sécrétion ext.	0	très mauvais état général	0	0	Stéatorrhée	0
Diabète	0		Prédiabète	Prédiabète	0	0
Amaigrissement	12 kg	20 kg	10 kg	8 kg	12 kg	0
Complications	0	0	0	0	0	Ictère
Date interv.	1963	1973	1975	1974	1962	1970
Type de la P.C.	Lithiase diffuse Pseudokyste intracéph.	Lithiase diffuse	Prédominance céphalique	Lithiase P.C. atrophique diffuse	Lithiase Prédominance céphalique	Prédominance corporeale
Etat du cholédoque	Normal	Normal	Normal	Fin	Dilaté	Dilaté
Etat du Wirsung	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Hydropan-créatose	Dilaté
Intervention associée	0	0	0	0	Dérivation biliaire	Dérivation biliaire
Complications respiratoires	0	Troubles respiratoires	0	0	0	0
Résultat sur - Douleur	Bon jusqu' en 1967		Bon	Moyen	Bon	Bon jusqu' en 1971
- Sécrétion ext.	0		0	0	0	
- Diabète	Prédiabète		Prédiabète inchangé	Prédiabète inchangé	0	
- Etat général	Travaille jusqu'en 1967		Bon	Moyen	Bon Retraite	
Réintervention et Décès secondaire	S.P.G. en 1975 Décès dans les suites	Décès 4 mois après l'intervention : troubles respiratoires				1971: libération de l'anse oméga 1974: S.P.G. Décès dans les suites
Recul	Décès 1975	Décès 1973	1 an	2 ans	15 ans	Décès 1974
Résultat	Echec Décès secondaire	Décès secondaire	Bon	Moyen	Bon	Echec Décès secondaire

43	51	69	70	33	38	19
5 - H.	38 - H.	68 - H.	36 - H.	60 - H.	53 - H.	72 - F.
0	+	+	+	+	+	0
0	0	0	0	Laparotomie exploratrice (Panc.aiguë)	0	Cholédoco- jéjunostomie 1959
+	+	+	+	+	+	0
0	0	0	0	Stéatorrhée	0	0
0	Prédiabète	0	0	Prédiabète	Prédiabète	0
0	0	5 kg	5 kg	10 kg	5 kg	0
Ictère	Ictère	0	0	0	Sténose duodénale radiologique	Angiocholite
1973	1973	1974	1974	1970	1972	1959
Lithiase Prédominance céphalique	Lithiase Prédominance céphalique	Lithiase diffuse Pseudokyste intracéph.	Lithiase Prédominance céphalique	Lithiase Prédominance céphalique	Diffuse	Diffuse
Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté
Hydropan- créatose	Dilaté	Hydropan- créatose	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté
Dérivation biliaire	Dérivation biliaire	Dérivation biliaire	Dérivation biliaire	Triple	Triple	GEA + wirsung- jéjunostomie
0	0	0	0	Pleurésie purulente	0	
Bon jusqu' en 1975	Bon	Bon	Moyen		Bon	
	0	0	0		0	
	Prédiabète augmenté	0	0		0	
		Bon Retraite	Moyen		Artérite	
1975: Infection de l'anastomose biliaire		Sevrage				Décès secondaires 2 mois 1/2 après
4 ans	3 ans	4 ans	2 ans		5 ans	Décès 1960
Bon depuis (1975)	Bon	Bon	Moyen	Pas revu	Bon	Décès secondaire

Très bon résultat jusqu'en 1967 où les douleurs et l'amaigrissement réapparaissent.

1973 : Pleurésie purulente gauche réactionnelle à une suppuration péri-pancréatique.

Réintervention le 3.7.1973 : suppuration péri-pancréatique. Drainage.

On note de nouveau une période d'accalmie, mais devant la réapparition des douleurs en 1975 :

Réintervention le 20.2.1975 : Pancréatite atrophique diffuse surtout caudale. L'anastomose wirsung-jéjunale latéro-terminale est perméable mais étroite. La wirsungographie montre un Wirsung céphalique étroit avec bon passage duodénal mais en amont calibre très irrégulier avec absence d'injection de la portion caudale. La cholangio montre une légère dilatation du cholédoque.

L'indication pourrait être une pancréatectomie totale, mais du fait de la prédominance des lésions gauches on réalise une difficile spléno-pancréatectomie gauche avec pancréatico-jéjunostomie en utilisant la même anse.

Anatomie pathologique : P.C. lithiasique sclérogène.

Décès dans les suites par septicémie.

Obs. n° 44 - Mr ORI... 49 ans. Cirrhose éthylique.

Découverte en 1968 d'une lithiase pancréatique avec douleurs, amaigrissement, d'où sa mise en invalidité. En 1973, état cachectique avec oedème de carence et épanchement pleural bilatéral, insuffisance hépatique avec B.S.P. à 43 %. La radio simple montre une lithiase importante du pancréas. L'échotomographie et l'artériographie coelio-mésentérique sont en faveur d'un pseudo-kyste céphalique.

Intervention le 17.5.1973 (Dr MELEY) : Foie de cirrhose. Péritoine oedémateux. Pancréatite lithiasique diffuse non hypertrophique. Pas de sténose cholédocienne à la cholangio. La wirsungographie montre une dilatation du canal avec évacuation difficile dans le duodénum. De plus, il existe une fuite à l'extrémité gauche (P.K. drainé par le Wirsung), sans que l'on perçoive de collection gauche à la palpation. Du fait du mauvais état général, on réalise une anastomose wirsung-jéjunale latéro-terminale sur anse en Y, le Wirsung étant ouvert sur 5 cm.

Décès le 24 septembre 1973 après rechute de l'épanchement pleural gauche et insuffisance respiratoire aiguë.

Obs. n° 49 - Mr SOM... 44 ans. Ethylique.

1963 : Pancréatite aiguë.

1975 : Douleurs de type pancréatique, amaigrissement de 10 kg, prédiabète. Biligraphie et transit gastrique normaux. L'artério fait évoquer un P.K. de la queue.

Intervention le 5.6.1975 (Dr MOREL) : Voies biliaires et estomac normaux. Pancréas : tête dure hypertrophique, lésions discrètes du corps et de la queue, surtout dilatation du Wirsung. La wirsungographie confirme la dis-

tension globale avec sténose des deux derniers centimètres avec cependant passage duodénal appréciable. Indication : devant l'importance et la longueur de la distension et l'absence de retentissement biliaire et duodénal, on réalise une wirsung-jéjunostomie latéro-latérale sur anse en Y avec incision de 7 cm sur un Wirsung de 10 mm de diamètre.

Suites simples.

Revu fin 1976 : bon résultat.

Obs. n° 52 - Mr GAS... 39 ans.

Présente depuis 10 ans des douleurs de type pancréatique et un amaigrissement de 8 kg en 2 mois. Prédiabète et calcifications diffuses à prédominance céphalique. Cholangiographie et transit gastrique normaux.

Intervention le 30.10.1974 (Dr MELEY) : Pancréas atrophique avec sclérose maximum sur la tête et distension canalaire. La wirsungographie montre une dilatation surtout céphalique avec léger passage duodénal. Indication : du fait du petit calibre du cholédoque, on élimine la duodéno-pancréatectomie céphalique (D.P.C.). Le Wirsung est ouvert sur 10 cm, extraction de calculs. Wirsung-jéjunostomie latéro-latérale sur anse en Y transmésocolique.

Revu en 1976 : Bon état général. Poids identique au poids préopératoire. Les douleurs sont très atténuées en fréquence et en intensité, mais persistent néanmoins.

Résultat moyen.

Obs. n° 10 - Mr FAU... 48 ans, éthylique important.

Douleurs depuis 9 ans avec perte de poids de 12 kg. Calcifications céphalique et caudale.

Intervention le 7.3.1962 (Dr MELEY) : Pancréatite diffuse à prédominance céphalique, la glande étant noyée dans une gangue inflammatoire. Wirsungographie : hydropancréatose diffuse, pas de passage duodénal. La cholangiographie montre un cholédoque modérément dilaté avec trajet intra-pancréatique en baïonnette. Double anastomose sur anse en Y (cholécysto-jéjunale latéro-terminale et wirsung-jéjunale latéro-latérale).

Revu en 1977, bon état général, plus de douleur, pas de reprise de poids, à la retraite (en 1970 il travaillait à temps plein et continuait à boire).

Donc très bon résultat.

Obs. n° 26 - Mr MIC... 39 ans.

Présente des douleurs de type pancréatique et un subictère rétentionnel.

Intervention le 5.5.1970 (Dr MOREL) : P.C. diffuse à prédominance corporéo-céphalique. La cholangio montre des voies biliaires dilatées avec sténose du bas cholédoque. La wirsungographie montre une dilatation de tout le Wirsung. Indication : du fait du caractère diffus des lésions, de leur prédominance plus corporeale que céphalique, de l'absence de sténose duo-

dénale, on élimine la D.P.C. et on réalise sur une anse en oméga une wirsungo-jéjuno latéro-latérale et une cholécysto-jéjunostomie termino-latérale.

1971 : Reprise des douleurs avec diarrhée et amaigrissement.

Réintervention le 10.11.1971 : libération de l'anse oméga plicaturée.

1974 : Reprise des troubles.

Réintervention le 20.6.1974 : L'anastomose wirsungo-jéjunale est oblitérée. On réalise une spléno-pancréatectomie gauche avec anastomose de la tranche pancréatique avec l'oméga.

Le 11.7.1974 : hémorragie gastrique.

Réintervention le 14.7.1974 : Gastrectomie des deux tiers.

Décès le lendemain.

Donc échec de la wirsungo-jéjunostomie.

Obs. n° 43 - Mr REY... 45 ans.

Présente depuis 8 ans des douleurs de type pancréatique avec ictère récent et calcifications pancréatiques.

Intervention le 18.5.1973 (Dr MELEY) : Tête pancréatique hypertrophiée très dure, queue peu hypertrophique qui ne paraît constituée que par le Wirsung.

Cholangio : énorme distension biliaire.

Wirsungographie : aspect d'hydropancréatose.

Du fait du caractère diffus de la distension, on réalise une double dérivation sur une anse en Y, termino-latérale avec la vésicule, latéro-latérale avec le Wirsung qui est ouvert sur 4 cm et d'où l'on retire des calculs.

1974 : dysembryome du testicule droit.

1975 : ictère d'où la *réintervention* qui montre un cholédoque très dilaté aux parois épaisses, une vésicule inflammatoire, mais l'anastomose cholécysto-jéjunale est perméable. On réalise une cholécystectomie et une cholédoco-jéjunostomie termino-terminale.

1977 : résultat très bon sous l'angle pancréatique. Néoplasme du larynx opéré.

Obs. n° 51 - Mr NIZ... 38 ans, éthylique.

Présente depuis 3 ans des douleurs pancréatiques avec en 1973 un épisode ictérique fugace.

La radio montre une lithiasc céphalique associée à un prédiabète.

Intervention le 12.7.1973 (Dr MOREL) : Pancréas : tête volumineuse dure, oedémateuse, queue très ferme, Wirsung très dilaté. La cholangio montre

des voies biliaires très dilatées avec sténose intra-pancréatique. La wirsungographie objective un Wirsung de 10 mm de diamètre sans injection caudale. De plus, sténose distale. Dans passage duodénal pseudo-kyste céphalique de la taille d'une prune. On réalise une double dérivation sur une anse en Y précolique avec anastomose wirsungo-jéjunale latéro-latérale de 4 cm de long et anastomose cholécysto-jéjunale termino-latérale.

Revu en 1976 : a fait 2 crises douloureuses en 2 ans, déclenchées par 2 "bons repas bien arrosés". Reprise de poids.

Il s'agit d'un bon résultat.

Obs. n° 69 - Mr CRO... 68 ans, éthylique.

Présente depuis 4 ans des douleurs de type pancréatique. Calcifications à la radio simple. L'artériographie et l'échotomographie étaient en faveur d'un pseudo-kyste de la partie gauche du pancréas.

Intervention le 6.3.1974 (Dr MELEY) : aspect d'hydropancréatose avec paroi antérieure presque translucide.

La wirsungographie confirme et injecte deux cavités kystiques intra-céphaliques. Pas de passage duodénal. La cholangiographie montre une sténose modérée avec dilatation sus-jacente.

Réalisation sur anse en Y transmésocolique d'une double anastomose wirsungo-jéjunale latéro-latérale et cholécysto-jéjunale. On retire de la cavité céphalique un calcul de 1 cm de diamètre et quelques calculins.

Revu en 1977 : Bon résultat. Plus de douleurs, reprise de 5 kg.

Obs. n° 70 - Mr CHA... 36 ans, éthylique.

Présente des douleurs en barre devenues intenses et quotidiennes. Calcifications à la radio simple. L'artériographie montre une image de stop sur la gastro-duodénale.

Intervention le 19.2.1974 (Dr MELEY) : Pancréatite scléreuse diffuse avec tête un peu hypertrophiée. Pas d'hypertension portale, duodénum non sténosé, oedème péri-pancréatique. La wirsungographie montre un canal irrégulier dilaté à sa partie moyenne. La cholangiographie confirme la sténose du bas cholédoque avec rétro-dilatation. On s'oriente vers une exérèse céphalique mais on y renonce rapidement en raison de difficultés majeures pour isoler l'isthme noyé dans une gangue fibreuse. Dans ces conditions, on se replie sur un montage palliatif. Sur anse en Y transmésocolique anastomose wirsungo-jéjunale latéro-latérale sur 6 cm (ablation de calculs) et cholécysto-jéjunostomie un peu en aval.

Revu en 1975 : satisfaisant jusqu'en janvier 1975, date de la réapparition de la diarrhée et de douleurs moins intenses cependant.

On peut considérer ce cas comme un résultat moyen.

Obs. n° 33 - Triple anastomose. Mr SIV... 60 ans, éthylique.

A subi en 1955 une laparotomie exploratrice pour pancréatite aiguë (cholécystostomie). Début des douleurs en 1960, devenant de plus en plus fréquentes et intenses. La radio simple montre des calcifications pan-

créatiques, il existe en outre une déformation duodénale.

Intervention le 4.11.1970 (Dr MELEY) : Pancréatite scléreuse diffuse avec foyer principal céphalique. La wirsungographie montre un canal distendu et irrégulier sur toute son étendue.

La biligraphie montre une distension de la voie biliaire principale avec sténose intra-pancréatique.

Du fait d'une réaction inflammatoire importante, on renonce à la D.P.C. qui serait dangereuse et on réalise une triple dérivation (car il existe une sténose du 3ème duodénum) sur une anse en Y.

Pleurésie purulente gauche dans les suites.

Pas revu.

Obs. n° 38 - Mr BER... 53 ans, éthylique.

Antécédents d'artérite des membres inférieurs et de coronarite.

Douleurs pancréatiques évoluant depuis 4 ans. Prédiabète. Retentissement cholédocien et duodénal à la radio.

Intervention le 8.12.1972 (Dr MELEY) : estomac de stase. Pas d'hypertension portale. Pancréatite parenchymateuse diffuse. La wirsungographie montre une dilatation importante du canal sur toute son étendue. Cholédoque dilaté. Du fait du mauvais état général, du terrain artéritique, des lésions de P.C. parenchymateuse diffuse, on renonce à la D.P.C. et on réalise une *triple dérivation* sur anse en Y avec incision d'un Wirsung de 1 cm de diamètre sur 7 cm.

Revu en 1977 : prise de poids de 16 kg, amélioration très importante, il ne persiste que quelques douleurs, état général assez bon, ne travaille pas à cause de l'artérite, boirait 1/2 l de vin par jour.

Donc bon résultat.

La dernière observation (obs. n° 19), déjà envisagée, est une triple dérivation réalisée en deux temps : cholédoco-jéjunostomie suivie un an après d'une G.E.A. avec wirsungo-jéjunostomie.

Décès dans les suites.

c) Les Résultats

Un malade n'a pas été revu.

Le recul moyen des malades vivants est de 4 ans.

1. *Mortalité opératoire* :

Elle correspond aux décès survenus dans un délai de 2 mois après l'intervention.

Nulle dans notre série.

Dans la littérature, on relève :

- LEGER : 4 % sur 45 cas,
- GROSDIDIER : 1,7 % sur 46 cas,
- SALEMBIER : 2 décès sur 24 triples anastomoses.

2. Complications postopératoires :

Aucune fistule pancréatique.

La seule complication est représentée par une pleurésie purulente (obs. n°33).

3. Mortalité secondaire :

Elle est de 4 cas.

Deux malades sont décédés dans les suites semi-tardives : 2 mois 1/2 et 4 mois après l'intervention (Obs. n° 19 et 44);

Deux malades sont décédés dans les suites d'une réintervention, il s'agissait dans les deux cas d'une spléno pancréatectomie gauche motivée par un défaut de l'anastomose wirsung-jéjunale (obs. n° 12 et 26).

4. Résultats à long terme :

Sur les 9 malades vivants, 8 ont été revus avec un recul moyen de 4 ans.

- *Action sur la douleur* : elle a toujours été bénéfique avec :

- 6 bons résultats,
- 2 moyens, où il persiste des douleurs atténuées et peu fréquentes.

- *Action sur la sécrétion endocrine* :

Les 4 prédiabètes notés en préopératoire sont restés stables, ce qui confirme que la sécrétion endocrine n'est pas influencée par l'intervention.

- *Action sur la sécrétion externe* :

Une disparition de la stéatorrhée (obs. n° 10).

- *Réintervention* (3 fois) :

. Dans 2 cas, elles ont eu lieu 4 ans après la wirsung-jéjunostomie. Elles ont été motivées par une sténose de l'anastomose (partielle une fois : obs. n° 12, complète dans l'observation n° 26).

La spléno-pancréatectomie gauche pratiquée lors de la réintervention a amené le décès dans les 2 cas. Ce qui montre bien la gravité des réinterventions en matière de pancréatite chronique.

. La 3ème réintervention a été motivée par un mauvais fonctionnement de l'anastomose cholécysto-jéjunale. Tout est rentré dans l'ordre après cholédoco-jéjunostomie.

5. Globalement :

Sur 4 wirsungo-jéjunostomies isolées :

- 1 décès secondaire,
- 1 échec avec décès lors de la réintervention,
- 1 bon résultat,
- 1 résultat moyen.

Sur 6 dérivations biliaires et pancréatiques :

- 4 bons résultats,
- 1 moyen,
- 1 échec avec décès lors de la réintervention.

Sur 3 triples anastomoses :

- 1 bon résultat,
- 1 décès secondaire,
- 1 pas revu.

Les résultats ne semblent donc pas modifiés par le nombre d'anastomoses, si bien que sur les 13 wirsungo-jéjunostomies, nous avons :

- 6 bons résultats,
- 2 moyens,
- 2 échecs,
- 2 décès secondaires,
- 1 malade non revu.

Nous citerons pour les grandes statistiques :

- LEGER : 40 opérés suivis plus de 5 ans :
 - . 12 décès de 5 à 10 ans après l'intervention,
 - . 28 survivants avec 50 % de bons résultats.
- MERCADIER 1974 : 51 cas :
 - . 34 résultats satisfaisants (66 %),
 - . 17 échecs.
- GROSDIDIER : 50 % de bons résultats.
- SALEMBIER sur 24 triples anastomoses :
 - . 16 bons résultats.
- HOUDARD (1976) sur 12 cas :
 - . 9 bons résultats,
 - . 1 échec,
 - . 2 décès secondaires.

d) Les Indications

Dans la littérature, les indications de la wirsungo-jéjunostomie sont très controversées, cette intervention ayant ses défenseurs et ses adversaires.

La première condition à sa réalisation est d'avoir un Wirsung de calibre suffisant, égal ou supérieur à 10 mm, puisque pour L. LEGER les bons résultats tombent de 72 % avec un calibre supérieur à 10 mm à 39 % si le calibre est inférieur à 5 mm.

Ses avantages sont sa relative simplicité par rapport aux exérèses, le fait qu'elle soit mieux supportée à longue échéance chez l'alcoolique invétéré, son respect du parenchyme pancréatique s'il existe un diabète, sa faible mortalité opératoire d'après certains.

Ses inconvénients sont ses moins bons résultats fonctionnels, son oblitération possible et le fait qu'elle ne dérive ni la bile ni l'estomac.

C'est pourquoi des auteurs ont proposé une triple dérivation, soit de nécessité en cas de sténose duodénale et biliaire, soit même de principe. Cette triple dérivation née des insuffisances reconnues des dérivations simples nécessite autant de temps que la D.P.C. et comporte le même nombre d'anastomoses.

En conclusion, on pourra proposer une anastomose wirsungo-jéjunale latéro-latérale dans les pancréatites chroniques, lithiasiques ou non, avec dilatation canalaire :

- lorsque les lésions sont discrètes, la D.P.C. apparaissant trop mutilante,
- chez l'alcoolique invétéré qui continuera à boire après l'intervention,
- lorsque la D.P.C. apparaît trop dangereuse, chez un sujet en mauvais état général, ou du fait de conditions anatomiques difficiles.

III - LES OPERATIONS D'EXERESE

On doit d'emblée préciser que l'importance de l'exérèse sera très variable selon le type d'intervention. S'il est vrai que la pancréatectomie gauche, la pancréatectomie subtotala et bien évidemment la pancréatectomie totale méritent le terme d'exérèse majeure, cette définition pour la duodéno-pancréatectomie céphalique (D.P.C.) "s'applique plus à ce qu'elle représente comme réalisation technique qu'à l'importance de son exérèse" (G. GUILLEMIN).

A - LA DUODENO-PANCREATECTOMIE CEPHALIQUE (D.P.C.)

Alessandro CODIVILLA, chirurgien à Imola, réalisa la première D.P.C. en 1898 pour un cancer du pancréas. C'est WHIPPLE qui préconisa l'intervention en un temps et réalisa en 1946 la première D.P.C. pour pancréatite chronique. En France, G. GUILLEMIN en étendit les indications et s'en fit le défenseur.

Les arguments théoriques en faveur de la D.P.C. sont triples :

- réalisée essentiellement dans les P.C. lithiasiques, elle supprime la zone lithiasique principale.
- elle lève la rétention responsable de la P.C. d'amont.
- elle traite les lésions des organes de voisinage :
 - . rétention biliaire,
 - . sténose duodénale,
 - . compression du confluent spléno-portal responsable de l'hypertension portale segmentaire.

Réalisée 14 fois dans notre série, nous en décrirons d'abord la technique.

a) Technique

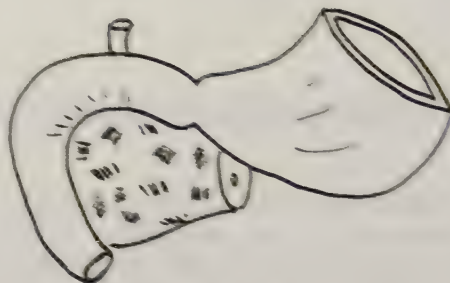
1. Incision médiane ou sous-costale droite dépassant la médiane.

2. L'exploration de la lésion, visuelle, manuelle et radiologique (cholangiographie et wirsungographie peropératoires), renseigne sur l'état du pancréas, du Wirsung et des organes de voisinage.

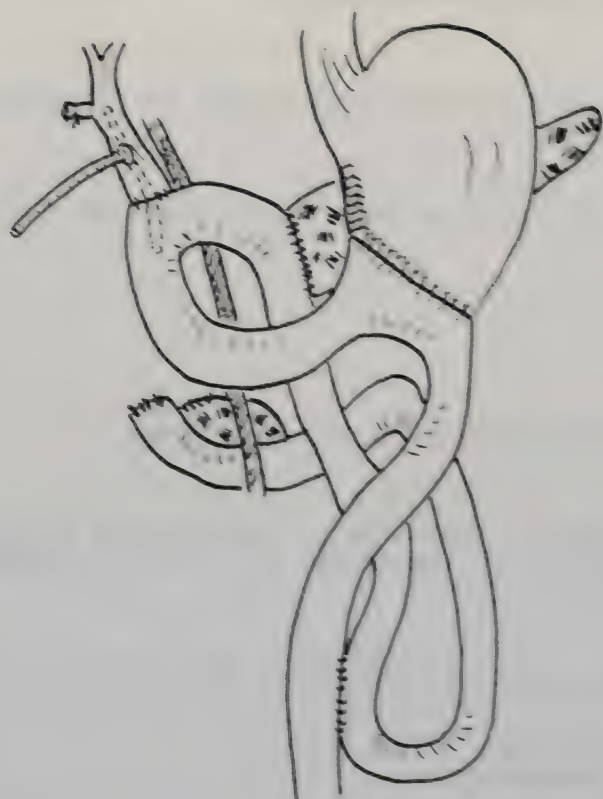
- Pancréas : 13 fois les lésions étaient isolées ou prédominantes sur la tête.
- Wirsung : 13 fois il était distendu.
- Cholédoque : 10 fois il existait un retentissement cholédocien dont 8 distensions.
- Duodénum : 4 compressions constatées opératoirement alors que dans 11 cas sur 14 le transit gastro-duodéal notait un retentissement



L'exérèse



La pièce



Le rétablissement de
la continuité (anse en
oméga, Technique de
CATTEL et GUILLEMIN)

radiologique.

- Système porte : 2 hypertensions portales non chiffrées.
- Enfin la wirsungographie objective 5 pseudo-kystes intra-céphaliques.

3. L'exérèse

Elle fut le plus souvent faite selon la technique décrite par G. GUILLEMIN qui comporte quelques particularités par rapport aux D.P.C. pour cancer.

- Hémigastrectomie : cette exérèse large visant à prévenir les ulcères peptiques.
- Section pancréatique au niveau de l'isthme à la verticale du confluent portal. La libération de l'axe veineux est le temps essentiel et le plus difficile de l'exérèse.
- Section de l'artère gastro-duodénale après repérage de l'artère hépatique.
- Section duodénale au niveau du genu inferius, permettant de conserver le petit pancréas de Winslow ce qui protège la vascularisation du futur moignon duodénal et facilite la réalisation de l'exérèse.
- Section cholédocienne le plus bas possible avec cholécystectomie de principe.

Néanmoins, dans certains cas, la section intestinale a porté non pas sur le duodénum mais sur le jéjunum en aval de l'angle de Treitz. Dans ce cas le petit pancréas de Winslow n'a pas été conservé et le montage, comme nous le verrons plus loin, s'est fait selon le procédé de Child.

4. Le rétablissement de la continuité

Dans le rapport de LEGER et BREHAUD au Congrès de Chirurgie de 1949, 68 montages différents avaient été colligés.

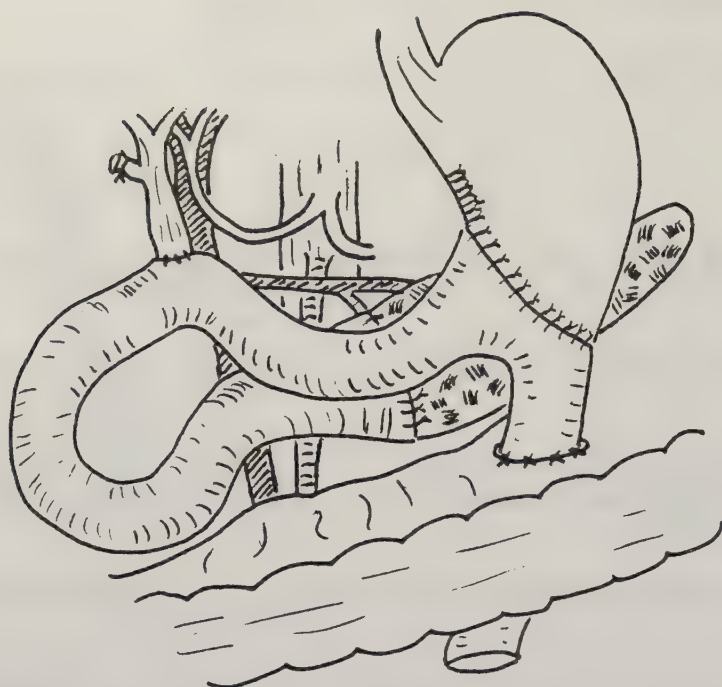
Deux procédés ont été utilisés dans le Service :

- Technique de Child :

Elle a été employée 4 fois.

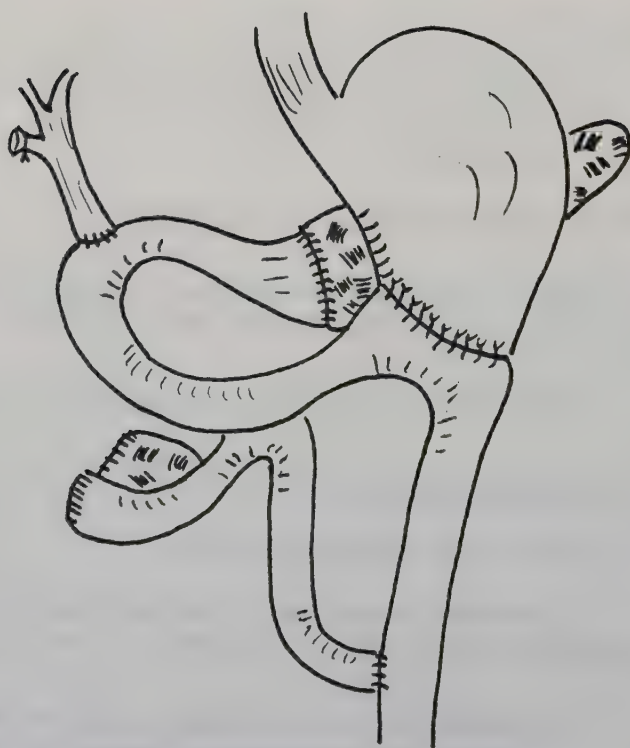
La section ayant porté sur la première anse jéjunale, on monte celle-ci en transmésocolique pour réaliser les trois anastomoses dans l'ordre suivant :

- . Pancréatico-jéjunostomie termino-terminale (3 fois) ou termino-latérale (1 fois) très proche du sommet de l'anse. Dans un cas, le Wirsung a été solidarisé à la muqueuse jéjunale par quelques points de catgut.



Exérèse et
rétablissement
de la continuité
(Technique de CHILD)

Rétablissement de
la continuité à
l'aide d'une anse
en Y



- . *Cholédoco-jéjunostomie* termino-latérale 10 à 15 cm plus bas en utilisant 3 fois un drain de Kehr tuteur en raison d'un cholédoque de calibre normal (2 fois) ou peu dilaté.
- . *Gastro-jéjunostomie* termino-latérale environ 30 cm plus bas selon le mode de Finsterer.

- Technique de Catell et Guillemin :

utilisée 10 fois avec montage sur une anse en oméga transmésocolique (7 cas) ou précolique (3 cas) en raison d'un méso-côlon gras rétracté et inflammatoire. Les anastomoses se font dans le même ordre que précédemment avec :

- . Pancréatico-jéjunostomie complétée 3 fois par quelques points entre la muqueuse jéjunale et le Wirsung.
- . Cholédoco-jéjunostomie avec 6 fois un drain de Kehr tuteur.
- . Gastro-jéjunostomie selon Finsterer.
- . Le montage se termine par une anastomose jéjuno-jéjunale au pied de l'anse.

- Enfin nous signalerons une 3ème technique intermédiaire.

La section ayant porté sur le 3ème duodénum, on montera pour réaliser les trois anastomoses une anse en Y après avoir sectionné la première anse jéjunale à vingt centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal. Cette technique est en particulier utilisée par VIARD qui a inspiré la thèse de M. CAYOT.

b) Les observations au nombre de 14 sont résumées dans le tableau n° 4.

- Age : . le plus jeune a 25 ans (obs. n° 24),
 . le plus âgé a 56 ans (obs. n° 37),
 . l'âge moyen est 41 ans.
- Sexe : Masculin dans tous les cas.
- Lithiase pancréatique dans 13 cas.
- Alcoolisme certain dans 10 cas.
- Interventions antérieures : 2 seulement :
 - . obs. n° 31 : le 4.1.1967 une laparotomie exploratrice découvre une P.C. mais du fait de l'inflammation extrême des tissus, aucun geste n'est pratiqué.
 Le 17.3.1967 : D.P.C.
 - . obs. n° 32 : le 22.10.1966, laparotomie exploratrice qui constate une P.C. avec oedème important, qui fait renoncer à la D.P.C. dans l'immédiat. Les douleurs persistant, le 25.1.1967 réintervention : D.P.C.

- Tableau n° 4 -

LES DUODENO-PANCREATECTOMIES CEPHALIQUES

N° observation	17	24	27	30	31	32
Nom	Mr CHO..	Mr RIV..	Mr LAU..	Mr FES..	Mr DUS..	Mr BAY..
Age	47	25	37	42	40	53
Ethylisme	+ cirrrose	+	+ bière	+	+	0
Début des troubles	5ans avant	1 an	13 ans	2 ans	4 ans	1 an
Intervention antérieure	0	0	0	0	Laparotomie exploratr.	Laparotomie exploratr.
Douleurs	+	+	+	+	+	+
Sécrétion ext.	Stéatorrhée	0	0	0	0	0
Diabète	Prédiabète	0	0	0	0	Prédiabète
Amaigrissement	20 kg	5 kg	12 kg	léger	5 kg	20 kg
Complications	Ictère	0	0	Sténose duod.	0	0
Date intervention	1965	1967	1970	1966	1967	1967
Type de la P.C.	Lithiase céphalique	Lithiase céphalique pseudokyste intra-céphalique	Lithiase prédomin. céphalique	Lithiase prédomin. céphalique	Lithiase pseudokyste céphalique	Lithiase pseudokyste céphalique
Etat du cholédoque	Dilaté	Normal	Normal	Normal	Normal	Rétréci sans dilatation
Etat du Wirsung	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté
Type d'intervention	Child	Child	Child	Guillemin	Guillemin	Guillemin
Kehr tuteur	0	+	+	+	+	+
Complications post-opératoires	0	0	0	0	0	Fistulette biliaire
Résultats sur :						
- Douleur	Très bon jusqu'en 1969	Moyen jusqu'en 1971	Très bon	Très bon	Médiocre	Bon
- Sécrétion ext.	0			0		Stéatorrhée
- Diabète	Prédiabète inchangé		Prédiabète	0	Diabète 68	Prédiabète inchangé
- Etat général	Travail mi-temps	Ethylisme +++ Invalide	Travail mi-temps		Médiocre	Bon Retraité
Réintervention et décès secondaire	Décès 1969 Décompensation cirrrose	1971 : vérification anastomose	Sevrage complet		Ethylisme important Décès par décompens. cirrrose	
Recul	Décès 1969 4 ans	8 ans	7 ans	5 ans	Décès 1969 2 ans	7 ans
Résultat	Décès secondaire Bon résultat fonctionnel	Médiocre (éthylisme)	Bon résultat malgré 1'artérite (amputation)	Bon	Médiocre Décès secondaire (éthylisme)	Bon

34	36	37	42	46	50	53	55
Mr YOU...	Mr POY..	Mr BAC..	Mr MAS..	Mr DAV..	Mr BOY	Mr ROC..	Mr BEN..
28	39	56	44	36	54	33	38
+	0	+	+	+	+	+ bière	+
1 an	3 ans	4 ans	2 ans	3 ans	1 an	5 ans	8 ans
0	0	0	0	0	0	0	0
+	+	+	+	+	+	+	+
0	0	Diarrhée	0	Diarrhée	0	0	0
0	0	Prédiabète	0	Prédiabète	Prédiabète	0	Prédiabète
10 kg	5 kg	15 kg	10 kg	10 kg	16 kg	5 kg	10 kg
H.T.P.	H.T.P.	0	0	Ictère	Ictère	0	Ictère HT portale
1971		1972	1973	1974	1975	1975	1976
Lithiase diffuse	Céphalique	Lithiase céphalique	Lithiase céphalique	Lithiase céphalique pseudokyste céphalique	Lithiase céphalique pseudokyste céphalique	Lithiase céphalique	Lithiase céphalique
Dilaté	Rétréci sans dilatation	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté
Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Dilaté	Normal
Guillemin	Guillemin	Guillemin	Guillemin	Guillemin	Child	Guillemin	Guillemin
+	+	0	0	0	+	+	0
0	0	0	0	0	0	0	0
Moyen	Bon	Bon jusqu'en 1974		Bon	Bon	Bon	Bon
Diarrhée	0	Diarrhée		0	0	0	0
0	0	Inchangé		0	Inchangé	0	Inchangé
Moyen Travail	Bon Travail	Bon jusqu'en 1974		Bon Travail	Bon Travail	Travail mi-temps	Bon
Ethylisme important		Ethylisme Décès par décompensation cirrhose				Ethylisme moyen	
6 ans	3 ans	Décès 1974 2 ans	Pas revu	3 ans	2 ans	2 ans	1 an
Moyen	Bon	Décès secondaire Bon résultat fonctionnel	?	Bon	Bon	Bon	Bon

- Début des symptômes remonte en moyenne à 4 ans.

- Symptômes :

- . douleurs présentes dans tous les cas,
- . troubles de la sécrétion externe : 3,
- . prédiabète : 6 cas,
- . amaigrissement : 13 fois (moyenne de 10 kg),
- . ictère : 4 fois,
- . sténose duodénale clinique : 1 cas.

c) Les résultats

Le recul moyen est de 6 ans 1/2, la première D.P.C. ayant été réalisée en 1965 et la dernière en 1976. En fait le recul moyen des malades vivants est de 5 ans 1/2.

1. Mortalité opératoire :

Nulle.

Dans la littérature, nous retrouvons les chiffres suivants :

- G. GUILLEMIN	1	décès	sur	69	D.P.C.
- WARREN	2	"	"	82	"
- DOUTRE	2	"	"	40	"
- GROSDIDIER	1	"	"	15	"
- SAUBIER	0	"	"	16	"
- HIVET	6	"	"	56	"
- MERCADIER	2	"	"	33	"
- LEGER	1	"	"	18	"

2. Complications postopératoires :

Nous en déplorons 1, il s'agit d'une fistule biliaire bénigne vite tarie qui n'a pas retardé la sortie du malade (obs. n° 32).

Dans la littérature, nous retrouvons les complications suivantes :

- Fistules et fuites biliaires :

- . GUILLEMIN : 8 fuites sur 69 D.P.C. (tarées en quelques jours),
- . GAUTHIER-BENOIT : 4 sur 25 D.P.C. (avec 2 décès),
- . LEGER : 1 sur 20 D.P.C. (décès),
- . VIARD : 1 sur 13 D.P.C.

- Fistules pancréatiques :

- . GUILLEMIN : 4 cas taris en quelques jours ou quelques semaines, sauf 1 cas où la fistule a persisté 1 mois,
- . DOUTRE : 4 dont 2 très importantes sur 40.

- . HIVET : sur 56 D.P.C., 6 fistules dont 1 a nécessité une réintervention.

- Fistules complexes :

Elles proviennent en général d'un lâchage du moignon duodénal. Le fait de conserver le petit pancréas de Winslow protège la vascularisation du 3ème duodénum et évite peut-être de telles complications.

- L'ulcère peptique :

- . CATTEL et WARREN en dénombrent 16 sur 192 D.P.C., c'est pourquoi ils préconisent la vagotomie complémentaire.

- . HIVET : 2 cas sur 56.

En fait il semble que l'hémigastrectomie avec gastro-jéjunostomie en aval des anastomoses biliaires et pancréatiques associée à une large anastomose au pied de l'anse, protège de l'ulcère peptique.

Néanmoins si nous n'en avons pas observé après nos D.P.C. pour pancréatite chronique, c'est une complication à laquelle nous pensons, en ayant déploré 1 cas après D.P.C. pour cancer pancréatique.

3. Mortalité secondaire

Elle est relativement importante et c'est le principal reproche qui a été fait à la D.P.C.

Dans notre série, nous trouvons 3 décès à distance. Ces 3 malades n'avaient pas cessé leur intoxication alcoolique. Tous trois sont morts de décompensation cirrhotique avec syndrome oedémato-ascitique l'un au bout de 4 ans, les deux autres 2 ans après leur intervention.

Deux de ces malades avaient un bon résultat fonctionnel, le troisième un résultat médiocre.

Obs. n° 17 - Mr CHO... 47 ans, gros éthylique cirrhotique.

Depuis 5 ans, douleurs de type pancréatique avec diarrhée, stéatorrhée et prédiabète à l'hyperglycémie provoquée. Enfin amaigrissement important (20 kg) et ictère récent. Le transit gastrique montrait un cadre duodénal écrasé et élargi.

La radio simple des calcifications céphaliques.

Intervention le 17.2.1965 : Foie de cirrhose. Compression duodénale. La wirsungographie montre un canal dilaté, irrégulier avec sténoses étagées et un pseudo-kyste intra-céphalique du volume d'une prune. La cholangiographie objective des voies biliaires distendues avec sténose sur 5 cm du bas cholédoque. La dérivation pancréatique paraît illusoire du fait des sténoses étagées aussi malgré la cirrhose hépatique et le mauvais état général, une D.P.C. est réalisée avec montage à la Child.

Suites simples.

Jusqu'en 1967 malgré l'abus d'alcool, bon résultat avec disparition des douleurs, reprise de quelques kilogrammes, travail à mi-temps.
A partir de 1967 déchéance progressive due à l'éthylisme chronique.
Décès le 3.10.1969 dans un tableau oedémato-ascitique de décompensation cirrhotique.

Obs. n° 31 - Mr DUS... 40 ans, éthylique.

Présente une lithiase pancréatique céphalique.

Intervention le 4.1.1967 : D.P.C. selon la technique de G. GUILLEMIN.

Suites simples. Disparition des douleurs mais apparition en 1968 d'une stéatorrhée et d'un diabète. L'état général est médiocre et le sujet ne reprend pas son travail, mais continue néanmoins son intoxication du vin. Déchéance progressive. Décès le 9.6.1969 dans un tableau oedémato-ascitique avec coma hépatique.

Obs. n° 37 - Mr BAC... 56 ans, gros éthylique.

D.P.C. le 19.10.1972. Suites simples.

Bon résultat jusqu'en 1974 avec disparition des douleurs, bon état général, poids stable.

Mais le malade continue à boire et en septembre 1974 syndrome oedémato-ascitique puis coma hépatique. Décès le 3.10.1974.

Ces 3 décès ne sont donc pas à mettre sur le compte de la D.P.C. puisque secondaires à une décompensation cirrhotique due à l'intoxication alcoolique. Cependant certains ont pu dire que ces alcooliques invétérés étaient plus fragiles après D.P.C. qu'après dérivation pancréatique sans exérèse.

Nous rappellerons encore les chiffres d'un travail de LEGER et LENRIOT qui donnent 60 % de décès à 5 ans dans les D.P.C. contre 30 % dans les anastomoses wirsung-jéjunales.

Dans la Thèse de B. MATHEY (1974), inspirée par G. GUILLEMIN, la nature des décès à distance est la suivante sur 69 cas :

- 6 décès non précisés,
- 8 indépendants de la maladie pancréatique,
- 10 par complications de l'éthylisme,
- 10 en rapport avec la pancréatite chronique.

4. Résultats à long terme

Sur 11 malades vivants, 10 ont été revus :

- 5 ont de 1 à 4 ans de recul,
- 5 ont de 5 à 10 ans de recul.

- Action sur la douleur :

- . 9 bons résultats,
- . 1 résultat moyen (obs. n° 34) avec persistance de douleurs mais sans rapport avec les douleurs préopératoires, le malade se déclarant "nettement amélioré".

- Action sur le poids :

- 6 prises de poids allant de 5 à 15 kg,
- 4 poids identiques aux poids préopératoires.
- Aucune chute de poids.

- Action sur la sécrétion externe :

- Dans 9 cas, état inchangé avec absence de troubles.
- Dans 2 cas (obs. n° 31 et 32), présence d'une stéatorrhée apparue en postopératoire, mais peu importante.

- Action sur la sécrétion endocrine :

- . 1 prédiabète (obs. n° 32) noté en préopératoire et inchangé, par la D.P.C.,
- . 1 diabète observé 1 an après l'intervention (n° 31),
- . 1 prédiabète apparu 2 ans après l'intervention (obs. n° 27).

- Action sur l'état général et l'activité professionnelle :

- . 8 se déclarent en bon état général :
 - 4 travaillent à temps plein,
 - 2 à mi-temps (dont un a été amputé d'une jambe pour artérite n°27),
 - 1 est à la retraite,
 - 1 n'a pas repris son travail (opéré en 1976).
- . 2 présentent un état général précaire :
 - 1'un est invalide (obs. n° 24),
 - 1'autre travaille néanmoins à temps plein (obs. n° 34).

- Réintervention : 1 seul cas :

Obs. n° 24 - Mr RIV... 25 ans.

Présente des douleurs de type pancréatique depuis un an avec calcifications à la radio simple.

Intervention le 15.9.1967 : D.P.C. (Dr MELEY).

Reprise des douleurs en 1970.

Réintervention le 9.10.1971 : l'anastomose biliaire est perméable, par contre l'orifice du Wirsung semble rétréci. Mise en place d'un cathéter dans le Wirsung ressortant à travers la paroi jéjunale.

Suites simples. Disparition des douleurs.

Par contre pas de reprise pondérale, état général médiocre. Invalidité.

Le tout étant à mettre sur le compte d'un éthylisme important.

Globalement, sur 13 malades revus, nous avons :

- 8 bons résultats,
- 1 résultat moyen (obs. n° 34),
- 1 résultat médiocre (obs. n° 24),
- 3 décès secondaires par décompensation cirrhotique (en sachant que 2 de ces malades présentaient un bon résultat fonctionnel).

La comparaison avec les autres statistiques est difficile, les critères exigés pour l'appréciation du résultat étant variables :

- GUILLEMIN	:	49	bons résultats	sur 69
- SAUBIER	:	10	" "	sur 16
- VIARD	:	7	" "	sur 13
- HIVET	:	24	" "	sur 56
- WARREN	:	56	" "	sur 82
- MERCADIER	:	13	" "	sur 21
- MELEY	:	8	" "	sur 14

Dans leur majorité, les statistiques montrent la supériorité de la D.P.C. en ce qui concerne les résultats fonctionnels, si on la compare aux interventions de dérivation du canal de Wirsung.

5. Eléments du pronostic

- Troubles de la sécrétion externe :

- . 2 malades présentaient des troubles en préopératoire (obs. n° 17 et 37). Tous deux sont décédés secondairement.

- . 2 malades ont vu apparaître une stéatorrhée en postopératoire :

obs. n° 31 : décès secondaire,

obs. n° 32 : bon résultat.

- Troubles de la glycorégulation :

Parmi les 2 malades présentant un prédiabète en préopératoire, l'un est décédé secondairement (obs. n° 17).

Ceci confirme que l'insuffisance pancréatique externe et les anomalies de la glycorégulation témoignant d'une atteinte importante du pancréas, ont une valeur pronostique péjorative.

- Mais la poursuite de l'intoxication éthylique semble l'élément capital.

En effet, seuls 5 malades ont continué à boire abondamment. Parmi ceux-ci, on note :

- . 3 décès secondaires (cirrhose décompensée),
- . 1 mauvais résultat (obs. n° 24),
- . 1 résultat moyen (obs. n° 34).

Obs. n° 34 - Mr YOU... 28 ans.

Début des troubles un an auparavant par des douleurs pancréatiques. Calcifications diffuses à la radio simple.

Intervention le 17.3.1971 (Dr MELEY). Lésions de P.C. diffuses. Hypertension portale. Compression duodénale. Retentissement cholédocien à la biligraphie. A la wirsungographie, canal dilaté sans passage duodénal. D.P.C. selon la technique de G. GUILLEMIN.

Revu en 1977 : continue à boire abondamment (vin, bière, apéritif). Grosses améliorations des douleurs qui n'ont cependant pas disparu totalement, le malade se dit "nettement amélioré". Etat général moyen. Par contre, prise de poids et travail à temps plein. A considérer comme un résultat moyen.

Ceci confirme bien l'influence du sevrage sur les résultats à long terme. L'arrêt de l'intoxication étant pratiquement une condition sine qua non aux bons résultats.

d) Les indications

La D.P.C. apparaît comme l'intervention la plus logique en cas de P.C. *Lithiasique avec hypertrophie céphalique* isolée ou associée à une pancréatite d'amont. *Les sténoses multiples* (cholédocienne, wirsungienne et duodénale) et la présence de *pseudo-kystes intra-céphaliques* seront volontiers traitées par D.P.C. Enfin le *diagnostic douteux avec une tumeur* et l'échec d'interventions antérieures pour P.C. constituent également deux indications.

Quant aux *contre-indications*, on retiendra :

- le mauvais état général,
- l'âge avancé,
- la présence d'un cholédoque fin,
- l'alcoolique invétéré, qui n'arrêtera pas son intoxication.

B - LA SPLENO-PANCREATECTOMIE GAUCHE (S.P.G.)

Elle fut pratiquée pour la première fois par Trendelenburg en 1896 pour un sarcome de la queue du pancréas. Mais c'est MALLET-GUY qui, en 1933, réalisa la première pancréatectomie gauche pour une pancréatite chronique gauche.

En 36 ans, son promoteur et défenseur P. MALLET-GUY en pratiqua 76 sur 718 pancréatites opérées.

Nous en dénombrons 17 dans notre série, 16 fois une splénectomie a été associée à la pancréatectomie gauche. Cinq de ces pancréatectomies gauches ont été réalisées pour pseudo-kystes corporéo-caudaux.

a) Techniques

1. Incision : médiane ou paramédiane gauche le plus souvent. Pour P. MALLET-GUY, incision en équerre, épigastrique médiane puis coudée, gagnant transversalement le 9ème espace gauche.

2. L'exploration des lésions visuelle, manuelle et radiologique, donne les renseignements suivants :

- Pancréas : Dans 7 cas il s'agissait d'une lithiase pancréatique.

Topographie des lésions :

- . 4 P.C. diffuses,
- . 7 diffuses à prédominance corporéo-caudale ou corporéo-caudales isolées,
- . 1 diffuse à prédominance céphalique,
- . 3 pseudo-kystes corporéo-caudaux,
- . 1 P.C. diffuse avec pseudo-kyste céphalique,
- . 1 avec pseudo-kystes extra-céphalique et intra-caudale.

- Wirsung : 5 fois dilaté à la wirsungographie.

- 1 hypertension portale segmentaire (obs. n° 56).

3. L'exérèse

Dans tous les cas sauf 1 (obs. n° 35), une splénectomie a été associée à la pancréatectomie gauche.

Si celle-ci a été plus ou moins poussée vers la droite, le plus souvent la section du pancréas a porté au niveau de l'isthme.

4. Les gestes associés

- 7 fois une pancréatico-jéjunostomie termino-terminale a été réalisée en raison d'une dilatation du Wirsung ou d'un mauvais passage duodénal. Cette association nécessaire en cas de dilatation du canal améliore

considérablement les résultats (voir dessin page 71).

- 1 fois (obs. n° 1), une gastro-entéro-anastomose a été associée du fait d'une compression duodénale par une tête hypertrophiée.
- 1 fois la S.P.G. avec pancréatico-jéjunostomie a été associée à une kysto-jéjunostomie pour pseudo-kyste céphalique. La S.P.G. étant justifiée par des lésions corporéo-caudales importantes (obs. n° 63).
- 1 fois la pancréatectomie gauche sans splénectomie a été associée à un drainage externe d'un P.K. céphalique. Nous décrirons cette observation complexe (n° 35) à propos du traitement des pseudo-kystes.

b) Les observations

Elles sont résumées dans le tableau n° 5.

- Age : . le plus jeune a 30 ans (obs. n° 7),
 . le plus âgé a 65 ans (obs. n° 18),
 . la moyenne d'âge est 45 ans.
- Sexe : 3 femmes pour 14 hommes.
- Lithiase : 7 P.C. lithiasiques.
- Alcoolisme : certain dans 12 cas.
- Interventions antérieures : 7 malades avaient déjà été opérés de la sphère bilio-pancréatique :

Obs. n° 1 : déjà exposée avec sur 3 ans 4 opérations :

- 1955 : cholécystectomie pour vésicule alithiasique,
- 1957 : résection d'un moignon cystique important,
- 1958 : splanchnicectomie gauche,
- 1958 : S.P.G. avec pancréato-jéjunostomie et gastro-entéro-anastomose.

Obs. n° 12 : Wirsung-jéjunostomie 12 ans avant.

Obs. n° 20 : Cholécystectomie pour lithiase 7 ans avant.

Obs. n° 22 : Drainage externe d'un pseudo-kyste caudal 1 an avant.

Obs. n° 26 : Wirsung et cholécysto-jéjunostomie 4 ans avant.

Obs. n° 54 : 5 ans auparavant laparotomie exploratrice pour pancréatite aiguë.

Obs. n° 35 : Splanchnicectomie 3 ans avant.

- Début des symptômes : en moyenne 6 ans auparavant.

- Symptômes :

- . douleurs présentes dans tous les cas,
- . troubles de la sécrétion externe : 7 cas,
- . prédiabète : 4 cas,
- . amaigrissement : retrouvé 10 fois en moyenne : 10 kg.

- Tableau n° 5 -

LES SPLENO-PANCREATECTOMIES GAUCHES

N° obs.	1	2	5	7	12	18	20	22
Nom	Mme PIN..	Mr AUC..	Mr LAU..	Mr RIC..	Mr NEM..	Mr DEF..	Mme DUM..	Mr BES..
Age	35	63	31	30	38	65	34	34
Ethylisme	0	+	+	0	+	0	0	+
Début des troubles	3 ans	1 an	3 ans	6 ans	1 an	20 ans	8 ans	7 ans
Intervent. antérieure	3 interventions	0	0	Appendicectomie 1957	Wirsungojéjunost.		Cholécysectomie	Polya
Douleurs	+	+	+	+	+	+	+	+
Sécrétion ext.	0	Diarrhée	0	Diarrhée Stéator.	0	0	Diarrhée	Stéator.
Diabète	0	0	Prédiab.	0	Prédiab.	Prédiab.	0	
Amaigriss ^t	0	7 kg	8 kg		12 kg	12 kg	0	
Complicat.	0	0	0	0	0	0	0	
Date inter.	1958	1958	1959	1960	1975	1965	1960	1965
Type de la P.C.	Lithiase diffuse Prédomin. céphaliq.	Diffuse Prédomin. corporéale	Lithiase diffuse	Corporéocaudale	Lithiase diffuse Prédomin. caudale	Corporéocaudale	Corporéocaudale	Diffuse pseudokyste caudale
Gestes associés	Pancréatojéjunost. + GEA		Pancréatojéjunost.		Pancréatojéjunost.			
Complicat. post-opératoires	0	Fistule pancréat. Cachexie	0		Septicémie Décès		Abcès sous phrénique	
Résultats - E.général	T.B.	Médiocre	Bon jusqu'en 1963	Bon Travail temps-plein		Bon Retraité	Bon	
- Douleur	T.B.	T.B. pendant 1 an	T.B. jusqu'en 1969	Bon		T.B. prise 10 kg	T.B.	Médiocre
- Sécrétion ext.		Diarrhée +++	Stéatorrhée	Stéatorrhée		0		
- Diabète	Diabète 1965 Insuline	0	Diabète 1969 Insuline	0		Inchangé		Diabète 1966 Insuline
Réintervent. et Décès secondaire		1960 : Douleur Ictère Cachexie Décès	1970 : Réfection anastomose 1972 : occlusion décès post-opér.					Déchéance éthylique Décès 1970
Recul	15 ans	Décès 1960 2 ans	Décès 1972 13 ans	17 ans	-	5 ans	4 ans	Décès 1970
Résultat	Bon	Echec - Décès second.	Echec - Décès second.	T.B.	Décès post-opér.	T.B.	T.B.	Echec - Décès second.

23	26	48	54	56	60	63	66	35
CLA..	Mr MIC..	Mr BAU..	Mr CLA..	Mr THE..	Mr BRU..	Mme CHE..	Mr FAY..	Mr FAR..
47	39	52	50	44	62	34	49	44
+	0	+	+	+	+	+	+	+
an	1 an	1 an	10 ans		9 ans	2 ans	6 ans	9 ans
			Laparo- tomie explor.					Splanchni- cectomie
+	+	+	+	+	+	+	+	+
0	0	0	Stéator.	0	Diarrhée	Diarrhée	0	0
			Prédiab.					
18 kg		10 kg	5 kg			12 kg	10 kg	
1967	1974	1975	1976	1976	1970	1977	1959	1974
Diffuse pédomin. coréale	Diffuse	Lithiase corporéo- caudale	Lithiase diffuse	Pseudo- kyste caudal	Pseudo- kyste corporéal	Pseudo- kyste céphaliq.	Lithiase diffuse	Lithiase pseudo- kyste céphaliq. caudal
	Pancréato jéjunost.		Pancréato jéjunost.			Pancréato + kysto jéjunost.	Pancréato jéjunost.	Drainage externe PK céphaliq.
	Hémorragie gastrique Décès			Thrombose portale				Thrombose veine splénique
Bon traité se 12kg		Médiocre	Bon	Médiocre	Bon Retraité	Bon		Bon
T.B.			T.B.	Médiocre	Bon	T.B.		Bon
Parfois céator.			Stéa- torrhée		0	0		0
0			Diabète 1976 Insuline		0	0	Diabète Insuline	Diabète 1974 Insuline
		Réticulo- sarcome Décès 1976			Ethylisme +++		Tubercul. pulmon. Décès 1966	
0 ans	-	Décès 1976 1 an	1 an	1 an	3 ans	Récent	Décès 1966 7 ans	3 ans
T.B.	Décès post- opér.	Décès second.	Bon	Médiocre	T.B.	T.B. en post- opér.	Bon - Décès second.	Bon

c) Les résultats

Le recul moyen des malades vivants est de 4 ans 1/2. Tous les malades ont été revus.

1. Mortalité opératoire : 2 sur 17.

En fait dans ces deux cas il s'agissait d'une réintervention, la première opération à visée pancréatique (wirsungo-jéjunostomie) s'étant soldée par un échec.

Obs. n° 12 - Déjà décrite.

1963 : wirsungo-jéjunostomie.

Bon résultat jusqu'en 1967 puis réapparition de douleurs.

1975 : S.P.G. *Septicémie*. Décès postopératoire.

Obs. n° 26 - Déjà décrite.

1970 : Wirsungo + cholécystostomie.

1971 : Vérification de l'anastomose (plicature de l'anse).

1974 : S.P.G. *Hémorragies gastriques* postopératoires. Gastrectomie. Décès.

Ces 2 décès confirment bien la gravité des réinterventions pour P.C.

Dans la littérature, on retrouve les chiffres suivants :

- MALLET-GUY	:	11	décès	sur	76
- GROSDIDIER	:	2	"	"	41
- VIARD	:	0	"	"	11
- SAUBIER	:	2	"	"	23
- LEGER	:	5	"	"	84
- MERCADIER	:	2	"	"	43

2. Complications postopératoires :

4 malades ont eu des suites compliquées :

- 1 fistule pancréatique : tarie en 3 mois.

Obs. n° 2 - Mr AUC... 63 ans, éthylique.

P.C. évoluant depuis un an, dominée par la douleur.

Intervention le 14.5.1958 : S.P.G. avec ligature du Wirsung et suture de la tranche pancréatique.

Dans les suites, fistule pancréatique tarie en 3 mois avec cachexie importante.

Pendant 1 an, résultat moyen avec absence de douleurs, mais état général précaire.

En 1960, réapparition des douleurs, cachexie, ictère. Décès.

- 1 abcès sous-phrénique :

Obs. n° 20 - Mme GAT... 34 ans.

Début des troubles 8 ans auparavant.

Intervention le 10.1.1961 : S.P.G. Le Wirsung n'est pas repéré sur la tranche.

Capitonnage de la tranche pancréatique.

Suites immédiates simples.

Trois mois après, découverte d'un abcès sous-phrénique que l'on draine.

Suites simples.

Revue en 1963 : bons résultats.

- Thrombose de la veine splénique chez le seul malade à qui on avait conservé la rate (n° 35), suites simples.

- Thrombose portale :

Obs. n° 56 - Mr THE... 44 ans, éthylique.

Découverte d'un pseudo-kyste. L'artériographie confirme le diagnostic de pseudo-kyste et objective une gêne au retour veineux.

Intervention le 16.2.1976.

Pseudo-kyste de la queue. S.P.G. très difficile du fait de la présence d'un véritable cavernome veineux en arrière du corps du pancréas.

Les suites sont marquées par une thrombose portale avec ascite et baisse de l'état général.

- A ces 4 complications, on doit ajouter l'hémorragie gastrique et la septicémie responsables des 2 décès postopératoires déjà signalés.

Dans la littérature, on retrouve les chiffres suivants :

- MALLET-GUY : 11 fistules pancréatiques,
2 abcès sous-phréniques responsables de 2 décès
sur 76 cas.
- VIARD : 3 abcès sous-phréniques sur 11.
- SAUBIER : 2 abcès sous-phréniques sur 23,
1 septicémie,
2 décès dans un tableau de troubles généraux importants avec troubles cérébraux.
- GROSDIDIER : 2 abcès sous-phréniques)
6 fistules pancréatiques) sur 41.

3. Mortalité secondaire

On note 5 décès secondaires.

- 2 sont sans rapport avec la P.C. :

Obs. n° 48 - Mr BAU... 52 ans.

Début des troubles un an avant par des douleurs. Découverte d'une P.C. lithiasique.

Intervention le 19.2.1975 : S.P.G. (Dr MELEY).

Pendant 1 an, bon résultat sur la douleur, mais baisse progressive de l'état général.

On découvre un *réticulosarcome* responsable du décès en 1976.

Obs. n° 66 - Mr FAY... 49 ans.

Douleurs pancréatiques depuis 6 ans.

Intervention le 17.3.1959 (Dr MELEY). P.C. diffuse. S.P.G. La wirsungographie descendante montre une dilatation du canal sans passage duodénal d'où la pancréatico-jéjunostomie sur anse en Y.

Diabète traité à l'insuline.

Très bon résultat sous l'angle pancréatique. Décès en 1966 de *tuberculose pulmonaire*.

Donc, bons résultats à 7 ans.

- Les 3 autres par contre étaient des résultats médiocres :

Obs. n° 2 - déjà décrite.

S.P.G. en 1958. Pendant 1 an résultat moyen avec absence de douleurs, mais état général médiocre. En 1960, réapparition des douleurs, ictère, cachexie. Décès.

Obs. n° 5 - Mr LAU... 31 ans, éthylique.

Intervention le 6.3.59 (Dr MELEY) : S.P.G. avec pancréato-jéjunostomie. Bon résultat pendant 4 ans, puis réapparition des troubles.

Réintervention le 10.4.1970. Réfection de l'anastomose oblitérée.

Par la suite, deux interventions pour occlusion. Décès dans les suites de la 2ème en 1972 par complications pulmonaires chez un sujet cachectique.

Donc *échec* de la S.P.G.

Obs. n° 22 - Mr BES... 27 ans, gros éthylique.

Intervention le 26.3.1965 (Dr MELEY) : pseudo-kyste corporéo-caudal : drainage externe.

Dans les suites, fistulette intermittente pancréatique et douleurs épigastriques intolérables.

Réintervention le 19.11.1965 (Dr MELEY) : S.P.G.

En 1966, plus de douleurs, mais apparition d'un diabète et mauvais état général.

Par la suite déchéance progressive due à la poursuite de l'intoxication éthylique.

Décès en 1970.

Echec de l'intervention.

4. Résultats à long terme

Avant d'envisager les résultats des 10 malades vivants, on rappellera que sur les 5 décès secondaires, nous avons :

- 2 bons résultats à 1 an et à 7 ans (obs. n° 48 et 66),
 - 1 mauvais résultat d'emblée (obs. n° 22),
 - 1 bon résultat pendant 2 ans pour l'un, 4 ans pour l'autre.
- Ces deux cas étant des mauvais résultats secondaires.

Sur les 10 cas restant, nous avons un recul de 4 ans 1/2 de moyenne.

- Action sur la douleur :

10 bons résultats.

- Action sur le poids :

5 prises de poids.

- Action sur la sécrétion externe :

1 diarrhée et 1 stéatorrhée inchangées,
3 disparitions de diarrhée,
1 apparition de stéatorrhée.

- Action sur la glycorégulation :

3 diabètes traités à l'insuline sont apparus en postopératoire,
2 immédiatement et 1 sept ans après. Un seul de ces 3 malades présentait un prédiabète avant l'intervention.

Par contre un malade présentant un prédiabète préopératoire n'a pas vu son état changé par l'intervention.

A noter que 3 des 5 malades décédés secondairement avaient vu apparaître un diabète insulino-dépendant.

5 fois sur 6 on retrouvait une P.C. lithiasique associée au diabète.

Cette influence de la S.P.G. sur la glycorégulation est retenue dans toutes les statistiques :

- MALLET-GUY : 11 diabètes apparus après S.P.G. sur 76,
- LEGER : 23 " " " " sur 84,
- RIBET : 30 % de diabète secondaire sur 25 S.P.G.

- Action sur l'état général :

8 se déclarent en bon ou assez bon état général,
1 en état général médiocre,
le 10ème malade est un opéré récent.

- Réintervention :

1 seule (obs. n° 5) avec réfection de l'anastomose oblitérée 11 ans après.

Globalement, les résultats peuvent être résumés ainsi :

5 très bons résultats,
3 bons résultats (diabète postopératoire),
1 résultat médiocre,
1 opérée récente avec un bon résultat précoce,
2 décès postopératoires,
5 décès secondaires dont :
 . 1 bon résultat fonctionnel à 7 ans,
 . 2 décès dus à la maladie pancréatique.

Ce qui fait, sur nos 16 cas exploitables, 9 bons ou très bons résultats, réserve faite du diabète.

Dans la littérature, on retrouve les chiffres suivants :

- MERCADIER : 70 % de bons résultats,
- LEGER : 75 % " "
- WARREN : 82 % " "
- MALLET-GUY :
 . sur 76 pancréatectomie gauches :
 - 11 morts postopératoires,
 . sur 50 résultats suivis pendant un délai de 5 à 33 ans :
 - 1 pancréatite oedémateuse du moignon,
 - 49 bons résultats, réserve faite des diabètes postopératoires.
- RIBET : 16 bons et très bons résultats sur 25.

De toute façon, il semble difficile de comparer les différentes statistiques, car l'interprétation est tout à fait subjective et les critères de jugements variables. Globalement, le taux de bons résultats varie de 40 % à 75 %.

Pour terminer ce chapitre, on rappellera deux points :

- le rôle diabétogène de la S.P.G.,
- les meilleurs résultats obtenus lorsque la S.P.G. est associée à une pancréatico-jéjunostomie. Le pourcentage de bons résultats passant de 40 à 75 % (LEGER).

d) Les indications

La S.P.G. est indiquée :

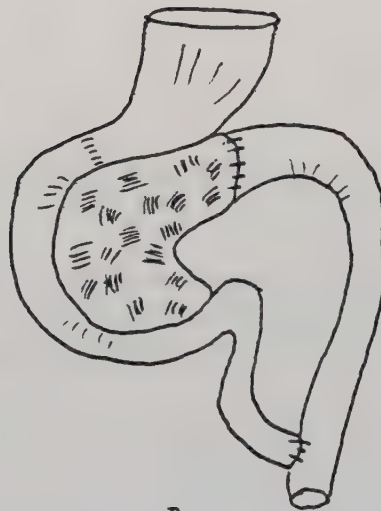
- en cas de lésions localisées ou nettement prédominantes à gauche,
- en cas de pseudo-kystes corporéo-caudaux,
- en cas d'hypertension portale localisée dans le territoire splénique surtout s'il existe une splénomégalie et des hémorragies digestives,
- certains font des S.P.G. comme exérèse dite de réduction en cas de pancréatite diffuse, mais les échecs sont nombreux (RIBET : 6 mauvais résultats sur 8).

On évitera de pratiquer une telle intervention en cas de diabète patent. Enfin, dans les formes à Wirsung dilaté, une anastomose pancréatico-jéjunale sera systématiquement associée.



A

Suture de la
tranche



B

Pancréatico-
jéjunostomie

PANCREATECTOMIE GAUCHE

C - LA PANCREATECTOMIE GAUCHE SUB-TOTALE

Elle n'a jamais été réalisée dans notre série.

Cette pancréatectomie dépassant vers la droite le plan veineux mésentérico-portal, ne laisse persister qu'une mince bande de tissu pancréatique sur le duodénum engainant le cholédoque.

Elle semble indiquée en cas de lésions intenses et diffuses sans compression cholédoco-duodénale.

Dans une série de MERCADIER, sur 47 cas :

- 20 évolutions postopératoires compliquées avec 6 réinterventions et 4 décès,
- sur 31 cas suivis, on note 20 bons résultats,
- sur les 43 survivants, on retrouve 31 diabètes,
- enfin, 4 réinterventions secondaires dues à une compression biliaire ou duodénale par évolution de la P.C. au niveau du parenchyme restant.

Mais de réalisation techniquement difficile, elle compromet en outre la vascularisation du duodénum. C'est pourquoi de nombreux auteurs l'ont abandonnée (WARREN).

D - LA PANCREATECTOMIE TOTALE

Elle peut être indiquée en cas de pancréatites sévères ayant déjà motivé une ou plusieurs interventions.

Elle entraîne évidemment une insuffisance pancréatique exocrine et endocrine totale. Ce diabète nécessitera une stricte surveillance, car il est très difficile à équilibrer, les accidents hypoglycémiques étant fréquents et parfois dramatiques.

Sur 10 cas de MERCADIER :

- 2 décès postopératoires,
- 6 malades suivis à distance avec, dans tous les cas, de bons résultats.

IV - LE TRAITEMENT DES PSEUDO-KYSTES (P.K.)

Parmi nos 70 malades, 24 étaient porteurs de pseudo-kystes :

- 10 P.K. véritables extra-parenchymateux,
- 15 P.K. intra-parenchymateux,

(1 malade ayant un P.K. céphalique associé à 1 P.K. intra-caudal : obs. n° 35).

12 kystes intra-parenchymateux de petit volume n'ont pas posé de problèmes particuliers et chez ces malades, on retrouve :

- 5 D.P.C.,
- 6 opérations de drainage wirsungienne,
- 1 S.P.G.

Parmi les 12 malades restant, les interventions ont été les suivantes :

- 3 S.P.G.,
- 5 drainages externes,
- 2 kysto-jéjunostomies,
- 1 kysto-gastrostomie,
- 1 S.P.G. associé à un drainage externe,
- 1 fistulo-gastrostomie après échec de drainage externe.

A - LES OPERATIONS D'EXERESE

1°) La D.P.C.

Elle sera réalisée surtout pour des pseudo-kystes intra-céphaliques. Mais si les conditions le permettent, elle peut être envisagée pour de véritables pseudo-kystes extra-parenchymateux.

Nous avons 5 cas de P.K. intra-céphaliques traités par D.P.C. avec les résultats suivants :

- 2 bons résultats (obs. n° 32 et 50),
- 1 médiocre (obs. n° 24),
- 2 décès secondaires (obs. n° 17 et 31) dont un était un bon résultat fonctionnel.

Il est à noter le mauvais résultat global comparé à l'ensemble des D.P.C. où l'on colligeait 8 bons résultats sur 14.

Dans la statistique de G. GUILLEMIN (In These J.G. BIGAY LYON 1969), on trouve 24 D.P.C. pour 21 P.K. intra-parenchymateux et 3 P.K. extra-parenchymateux, avec 22 bons résultats et 2 résultats moyens.

2°) La S.P.G.

Nous avons traité ainsi 2 P.K. intra-parenchymateux et surtout 3 P.K. classiques avec un bon résultat (obs. n° 60) et 2 résultats médiocres (obs. n° 22 et n° 56 déjà décrites).

Obs. n° 60 - Mr BRU... 62 ans, éthylique.

Douleurs de l'hypocondre gauche avec diarrhée depuis 3 ans.

Intervention : S.P.G. pour P.K. du corps avec pancréatite d'amont.

Bon résultat : 3 ans de recul.

Quant aux 2 P.K. intra-parenchymateux, on trouve 1 échec (obs. n° 5) et 1 bon résultat immédiat (intervention récente avec 4 mois de recul).

B - LE DRAINAGE EXTERNE

Réalisé la première fois par LE DENTU en 1862, le drainage externe est la plus ancienne méthode.

Cette méthode est applicable aux pseudo-kystes qui ne communiquent pas avec les canaux pancréatiques d'où l'intérêt de réaliser une wirsungographie qui n'est d'ailleurs pas un critère absolu.

1°) Sur le plan technique

Le drainage est réalisé par une sonde de Pezzer mise en place dans la cavité pseudo-kystique.

2°) Observations

Nous trouvons 6 drainages externes dans notre série.

Obs. n° 25 - Mr LAS... 63 ans, éthylique.

Début 6 mois auparavant par des douleurs épigastriques.
Apparition récente d'un ictère.

Intervention le 26.12.1969 : Pseudo-kyste intra-céphalique communiquant avec le Wirsung comme le montre la *wirsungographie* pratiquée par ponction au niveau du corps. La *cholangiographie* montre un cholédoque moulé sur le P.K.

Indication : vu l'âge, une exérèse est à écarter. De préférence à une double dérivation biliaire et pancréatique, on opte pour le traitement du P.K. et un drainage externe est réalisé.

Une 2ème cholangio est réalisée après évacuation du kyste, elle montre un meilleur passage cholédocien.

Suites simples. Ecoulement tari en 10 jours.

Va bien jusqu'en 1970 où l'on note une récurrence du pseudo-kyste avec ictère, cachexie et décès. Donc *échec* de la méthode.

Obs. n° 58 - Mr BOU... 46 ans, éthylique, cirrhotique.

Douleur de l'hypocondre gauche avec apparition récente d'une voussure para-ombilicale gauche.

Le 30.6.1969, choc avec douleurs importantes de l'hypocondre gauche.

Intervention : Il s'agit d'une fissuration du P.K. dans l'espace rétro-péritonéal. Après évacuation de plus d'un litre de liquide brunâtre, on réalise un drainage externe à l'aide d'une sonde de Pezzer.

Suites simples. Drainage tari en 1 mois 1/2.

Revu un an après, en 1970, plus de douleurs, relativement bon état général.

Par revu depuis 1970.

Bon résultat à 1 an.

Obs. n° 59 - Mr AUD... 51 ans, éthylique.

Début 1 an avant par des douleurs de l'hypocondre droit.

Intervention le 10.9.1969. Il s'agit d'un P.K. rétro-gastrique gauche traité par drainage externe.

Arrêt de l'écoulement 2 mois après.

Revu 1 an après : *bon résultat*.

Pas revu depuis 1970.

Obs. n° 61 - Mr CAR... 40 ans (Dr MOREL)

Douleurs pancréatiques depuis 1 an. Lithiase pancréatique.

Intervention le 20.11.1965. P.K. caudal. Tête du pancréas hypertrophique. Hypertension portale segmentaire. La cholangio montre un cholédoque fin. La kystographie ne montre pas de communication avec le Wirsung. Drainage externe.

Suites simples. Albation du drain le 9ème jour.

Revu en 1977 : va bien. *Bon résultat*.

Obs. n° 64 - Echec du drainage externe.

Une fistulogastrostomie est réalisée dans un second temps.

Obs. n° 35 - Mr FAR... 44 ans, éthylique.

Il s'agit d'une très intéressante observation d'hémorragie intra-kystique par ulcération de l'artère mésentérique supérieure.

Douleurs pancréatiques depuis 1965.

Intervention en 1971 : Splanchnicectomie gauche avec un bon résultat, pendant 3 ans.

En 1974, apparition d'une masse épigastrique.
Calcifications céphaliques à la radio simple.

Intervention le 10.12.1974 (Dr MELEY) : Pseudo-kyste céphalique sous tension non battant. Corps et queue très pathologiques. Hypertension portale.

1. La wirsungographie montre une distension canalaire, un pseudo-kyste intra-parenchymateux corporéo-caudal. Pas d'injection du P.K. céphalique.
2. La ponction de la masse céphalique en vue d'une kystographie ramène à trois reprises du sang artériel qui coule en jet sous pression. On pense alors qu'il s'agit soit d'une tumeur, soit d'une tête très vasculaire. Il semble que seule la D.P.C. puisse apporter une solution satisfaisante.
3. Pour des raisons de facilité technique et afin d'essayer de libérer d'abord le confluent portal, on pratique une section première de l'isthme. Un peu en dehors du confluent, on effondre une cavité pseudo-anévrysmale donnant une hémorragie artérielle impressionnante. Compression de l'aorte abdominale qui tarit l'hémorragie. On élargit la brèche qui conduit au P.K. où existe dans la portion la plus profonde et la plus interne un orifice artériel latéral de 7 mm de long intéressant un tronc artériel important d'où sort un jet puissant dès qu'on relâche la compression aortique. On suture latéralement cet orifice par trois points de Mersylène. L'hémorragie est contrôlée et la continuité artérielle respectée.
4. On pratique une pancréatectomie gauche (en conservant la rate et les vaisseaux spléniques) en raison des lésions majeures à gauche avec P.K. intra-caudal.
5. On contrôle le jéjuno-iléon car il semble bien que la brèche artérielle porte sur la mésentérique supérieure.
6. On pratique un *drainage externe* du P.K. céphalique à l'aide d'une sonde de Pezzer. De façon à avoir un assèchement pancréatique maximum, un drainage rétrograde du Wirsung à l'aide d'un cathéter est mis en place.

Suites troublées par une thrombose de la veine splénique qui sera confirmée par le temps veineux de l'artériographie coelio-mésentérique supérieure pratiquée le 9.1.1975.

Cette artériographie précise que le vaisseau intéressé par l'hémorragie intra-kystique était bien l'artère mésentérique supérieure car elle est le siège d'une image de sténose correspondant à la suture (photo n° 1).

Pas de fistule pancréatique.

Revu en 1976, bon résultat, plus de douleurs, prise de poids.
Petit diabète traité par régime.

Bon résultat.



Photo n° 1

3°) Avant d'envisager les résultats du drainage externe, nous dirons quelques mots à propos de cette observation n° 34 des hémorragies intra-kystiques.

D'après MERCADIER, 10 % en moyenne des P.K. se compliquent d'hémorragie artérielle :

MERCADIER : 5 cas sur 36,
GAUTIER-BENOIT : 6 cas sur 32.

Les P.K. céphaliques sont plus souvent en cause que les P.K. corporéo-caudaux.

Cliniquement, ils peuvent se révéler par une douleur vive, une tuméfaction palpable, une hémorragie digestive. Ils sont latents dans 40 % des cas et l'érosion artérielle sera découverte soit par l'artériographie préopératoire, soit par l'exploration peropératoire, et il faut se méfier tout particulièrement des P.K. dont la ponction ramène du sang.

Dans la littérature, nous n'avons retrouvé qu'un cas d'érosion de la mésentérique supérieure. Le plus souvent l'hémorragie est due à l'artère gastro-duodénale, à l'artère splénique, aux arcades pancréatico-duodénales.

4°) Les résultats du drainage externe.

Sur 6 observations, nous avons :

- 2 échecs,
- 2 bons résultats à 2 ans et 12 ans,
- 2 bons résultats à 1 an (malades non revus depuis 1970).

5°) Les indications

Méthode simple et rapide à utiliser :

- soit comme méthode curative dans les P.K. non communicants,
- soit comme méthode palliative chez les sujets en mauvais état général.

C - LES DRAINAGES INTERNES

C'est OMBREDANNE qui réalisa, en 1911, les premières tentatives de drainage interne.

Nous envisagerons successivement :

- la kysto-gastrostomie,
- la kysto-jéjunostomie,
- la kysto-duodénostomie,
- la fistule gastrostomie.

1°) La kysto-gastrostomie ou opération de JURASZ

qui consiste à anastomoser le P.K. à la face postérieure de l'estomac après gastrostomie antérieure sans dissection du P.K.

Elle a été réalisée une fois :

Obs. n° 57 - Mr BRO... 67 ans, éthylique.

En 1955, laparotomie exploratrice pour syndrome abdominal aigu : découverte d'un P.K.

Aucun geste n'est pratiqué alors.

Par la suite, persistance des douleurs et apparition d'une énorme masse épigastrique palpable. Très mauvais état général.

Intervention le 22.2.1958 : kystogastrostomie.

Décès le 2ème jour par hémorragie intrakystique très probable.

Dans la série de G. GUILLEMIN, réalisée 5 fois pour P.C., le résultat a toujours été bon avec un recul de 6 mois à 4 ans.

On soulignera la possibilité d'hémorragies postopératoires dues soit au saignement des parois du P.K., soit à un ulcère peptique, soit à l'érosion d'une veine proche de l'anastomose.

2°) La kysto-jéjunostomie

Elle permet le drainage des P.K. quelle que soit leur localisation.

La dérivation placée au point déclive du P.K. se fait à l'aide d'une anse en Y le plus souvent.

Réalisée deux fois dans notre série :

Obs. n° 62 - Mr GUE... 40 ans, éthylique, cirrhotique.

Début de la maladie 2 ans avant, par une pancréatite subaiguë. Apparition récente d'un ictère.

Intervention le 30.7.1974 (Dr MOREL) : foie de cirrhose. Pas d'hypertension portale. P.K. intra-céphalique. La kystographie montre une communication avec le Wirsung. La biligraphie avait montré un cholédoque fin refoulé par le P.K. Evacuation du kyste qui est rempli de caillots. Une nouvelle biligraphie montre un cholédoque de calibre normal avec bon passage duodénal.

Indication : exérèse audacieuse du fait de l'état général. Aussi on réalise une kysto-jéjunostomie sur anse en Y latéro-latérale.

L'intoxication éthylique continue à forte dose.

1975 : décompensation ictéro-ascitique.

1976 : douleurs de type pancréatique intenses. Ictère.

Réintervention le 23.2.1976 : pas d'injection du Wirsung à partir de l'anse. La wirsungographie montre un canal très dilaté avec faible passage duodénal.

On pratique une wirsungo-jéjunostomie latéro-latérale.
Suites simples, plus de douleurs.

1977 : Hémorragies par rupture de varices oesophagiennes.

Obs. n° 63 - Mme CHE... 34 ans, éthylique.

Début des douleurs en 1975. Amaigrissement de 12 kg. Voussure épigastrique variable.

Echotomographie confirme le P.K. céphalique.

L'artériographie objective une lésion expansive et l'absence d'anomalies vasculaires.

Intervention le 22.2.1977 (Dr MELEY).

P.K. céphalique mais pancréas corporéo-caudal très pathologique.

La kystographie n'imprègne pas le Wirsung.

La biligraphie ne montre pas d'anomalie.

On réalise une spléno pancréatectomie gauche et sur une anse en Y une kysto-jéjunostomie.

Suites simples. Bons résultats immédiats.

3°) La fistulo-gastrostomie

Pour les fistulo-anastomoses, l'organe d'élection est l'estomac, nous en avons 1 cas parmi nos 70 P.C. :

Obs. n° 64 - Mr CHA... 53 ans.

Douleurs épigastriques depuis 8 ans.

Masse palpable sous-costale droite.

Intervention le 14.5.1959 (Dr MELEY) : P.K. céphalique. La kystographie n'imprègne pas le Wirsung. Drainage externe.

Dans les suites fistule pancréatique.

Réintervention le 16.12.1959 (7 mois après) (Dr MELEY).

Biligraphie : compression légère du cholédoque mais bon passage duodénal.

La fistulographie montre un Wirsung dilaté avec sténose distale.

On réalise une fistulo-gastrostomie.

Revu en 1961 : bon résultat, très bon état général, a repris son travail.

Pas revu depuis. Décès en 1971, cause inconnue.

4°) La kysto-duodénostomie

Nous la citerons pour être complet.

Jamais réalisée dans notre série.

Nous en dénombrons 2 cas dans la thèse de J.G. BIGAY inspirée par G. GUILLEMIN.

Pratiquée pour des P.K. céphaliques, il y a 1 échec et 1 excellent résultat.

D - LES RESULTATS

Schématiquement, on peut les résumer ainsi :

- D.P.C. (3 bons résultats fonctionnels
(2 médiocres
- S.P.G. (2 bons
(3 médiocres
- Drainage externe (4 bons
(2 échecs
- Drainage interne (2 bons
(1 décès postopératoire
(1 échec.

Si nous ne déplorons qu'un décès postopératoire immédiat, il est remarquable de noter le mauvais résultat d'ensemble par rapport aux P.C. non compliquées de pseudo-kyste. Enfin sur notre courte série le drainage externe nous a donné de relativement bons résultats. Ceci est paradoxal puisque d'après la littérature le drainage externe donne moins de 50 % de bons résultats avec 25 % de mortalité.

Nous reproduisons ici les résultats de la série de G. GUILLEMIN :

Intervention	Nombre	Décès	Echec	Bons résultats	Résultats moyens
Drainage externe	22	6	4	12	0
Drainage interne	16	1	1	13	1
D.P.C.	24	0	0	22	2
S.P.G.	3	1	0	2	0

E - LES INDICATIONS

Quoiqu'il en soit, l'intervention idéale est *l'exérèse* (D.P.C. ou S.P.G.), mais celle-ci ne doit pas être pratiquée à tout prix, il faut savoir y renoncer en cas de difficultés.

Lorsque celle-ci se révèle impossible, on pratiquera un *drainage interne* dans les P.K. communicants et volontiers un *drainage externe* lorsque le P.K. ne communique pas avec le Wirsung.

V - INTERVENTIONS DIVERSES

Elles sont au nombre de 6 parmi elles on retrouve :

- 4 laparotomies exploratrices,
- 1 cholécystectomie avec drainage transcystique,
- 1 cholécystectomie avec drain de Kehr intra-cholédocien.

A - LA CHOLECYSTECTOMIE AVEC DRAINAGE TRANSCYSTIQUE

Obs. n° 68 - Mr MAR... 68 ans.

Douleurs de type pancréatique depuis un an. Pas de notion d'éthylisme.

Intervention le 13.12.1968 (Dr MELEY). Lésions diffuses et importantes de P.C. avec hypertrophie. Wirsungographie : canal légèrement dilaté et monilliforme. P.K. de la tête du volume d'un oeuf de pigeon.

Cholangiographie : cholédoque un peu dilaté.

L'indication est la D.P.C., mais, vu l'âge, on y renonce. La wirsungo-jéjunostomie est impossible, car le canal n'est pas suffisamment dilaté.

On réalise donc une cholécystectomie avec drainage transcystique.

Revu en 1977 : plus de douleurs. Prise de poids de 8 kg. Bon état général.

Bon résultat paradoxal à 9 ans.

B - Il s'agit d'un cas d'association d'une lithiase cholédocienne à une P.C. lithiasique.

Obs. n° 21 - Mme REO... 65 ans.

Début récent des troubles avec subictère.

La radio simple montre des calcifications pancréatiques diffuses à prédominance céphalique.

La biligraphie objective trois calculs dans un cholédoque dilaté.

Intervention le 4.6.1965 (Dr MELEY) : Vésicule bourrée de calculs, cholédoque dilaté.

Pancréas : lésions discrètes non hypertrophiques.

La cholangiographie confirme la lithiase cholédocienne. Du fait des lésions mineures de P.C. on se contentera de traiter la maladie biliaire. Extraction des calculs après cholédocotomie. On termine par la mise en place d'un drain de Kehr intra-cholédocien.

Le contrôle radiologique pratiqué par le drain de Kehr 14 jours après montre un bon passage duodénal.

Suites simples. Pas revue depuis 1965.

Cette observation illustre les possibilités d'association lithiase biliaire et pancréatique sans que cette dernière soit secondaire à la première.

C - LES LAPAROTOMIES EXPLORATRICES

Obs. n° 28 - Mr BER... 46 ans, éthylique.

Crises douloureuses épigastriques depuis 6 mois avec amaigrissement.
La radio simple montre des calcifications pancréatiques céphaliques.

Intervention le 23.9.1966.

P.C. limitée à la tête hypertrophique et dure.

La cholangiographie montre un cholédoque fin.

Du fait du caractère discret des lésions et de l'aspect du cholédoque, on renonce à la D.P.C.

Dans l'année qui a suivi, les douleurs se sont accentuées, le malade a constitué un pseudo-kyste et a finalement subi une D.P.C. en 1967 dans le Service du Professeur GUILLEMIN.

Va bien actuellement.

Obs. n° 41 - Mme RIV... 74 ans, non éthylique.

Douleurs épigastriques sans horaire précis depuis 18 mois. A l'examen il existe une hépatomégalie. La scintigraphie hépatique montre une lacune externe du lobe droit.

Echec de l'artériographie mésentérique.

Décision de laparotomie exploratrice.

Intervention le 10.10.1972 (Dr MELEY).

Tête du pancréas hypertrophiée avec présence d'un nodule du volume d'une noix. Le reste de la glande est sain.

Abstention du fait de l'âge.

Revue en 1977 (79 ans). Paradoxalement, la malade affirme en insistant, qu'elle a été très améliorée par l'intervention !

Obs. n° 14 - Mr DUB... 51 ans, gros éthylique, cirrhotique.

1961 : apparition d'un diabète traité par Glucophage.

1963 : douleurs de l'hypocondre droit avec un épisode ictérique.

La cholangiographie montre une sténose du bas cholédoque avec dilatation sus-jacente.

Intervention le 19.8.1964 (Dr MOREL).

Foie de cirrhose. Pancréatite importante à gros noyaux céphaliques.

L'arrière cavité des épiploons est impossible à disséquer. La cholangiographie montre une voie biliaire principale légèrement dilatée avec bon passage duodénal, vu le faible retentissement sur le cholédoque et la présence d'une cirrhose hépatique, on ne fait pas de dérivation biliaire.

Par la suite, sevrage complet.

Revu en 1977, pas de douleurs, bon état général, a travaillé jusqu'en 1973, est à la retraite actuellement.

Bon résultat du sevrage.

Obs. n° 15 - Mr DEG... 35 ans, éthylique.

Douleurs de l'hypocondre gauche depuis 5 ans. Découverte en 1964 de calcifications céphaliques. Bilan radiologique normal.

Intervention le 15.9.1964.

Cirrhose hépatique. Le pancréas est le siège d'une sclérose dure avec atrophie diffuse.

La cholangiographie est normale, donc pas de dérivation.

Anatomo-pathologie du foie : cirrhose.

Revu en 1976 : ne boit plus depuis 1964. Bon état général. Travaille normalement. Douleurs épigastriques très épisodiques.

Bon résultat de sevrage.

De ces quelques observations, nous retiendrons le rôle essentiel de l'arrêt de l'intoxication éthylique. En effet aucun geste à visée pancréatique n'a été pratiqué du fait du non retentissement de la maladie sur les organes de voisinage. Seul le sevrage peut expliquer l'arrêt de l'évolution de la P.C.

..

	Nombre	Non revu Opéré récent	Bons	Moyens	Médiocre Echec	Compli- cations post-op.	Décès post-op.	Réinter- ventions	Décès secon- daires
D.P.C.	14	1	8	1	1	1	0	1	3
S.P.G.	17	1	9	0	1	4	2	1	5
Wirsungo- jéjunostomie	13	1	6	2	2	1	0	4	2
Splanchni- cectomie	9	1	5	1	2	0	0	1	0
G.E.A.	2				1		0	1	1
Dérivation biliaire isolée	5		3		2		0	2	
Drainage wirsung. trans- papillaire	2				1		1		
Drainage externe P.K.	6		4		2	3		2	
Drainage interne P.K.	4		2		1		1	1	
Divers	6	1	4		1				
TOTAL	78	5	41	4	14	9	4	13	11?

TABLEAU N° 6 - Résultats.

- COMMENTAIRES -

Après avoir analysé les résultats, nous essaierons d'envisager les indications opératoires dans la pancréatite chronique.

I - ANALYSE DES RESULTATS

Les résultats globaux sont reportés dans le tableau n° 6.

1°) Mortalité opératoire

Nous retenons 4 morts en période postopératoire.

Ce chiffre correspond aux données de la littérature où l'on retient une mortalité de 5 % en moyenne.

Les décès sont survenus après les interventions suivantes :

- Drainage transpapillaire du Wirsung : 1 mort.
- Kysto-gastrostomie : 1 mort.

Dans les deux cas, il s'agissait de sujets en très mauvais état général.

- Spléno pancréatectomie gauche : 2 morts.

Les deux fois, les réinterventions étaient motivées par un échec de la wirsungo-jéjunostomie. Les malades étaient également dans un état général précaire. Ce qui fait que ces résultats ne peuvent être mis au passif de cette opération, bien que nous n'ayons déploré aucun décès après wirsungo-jéjunostomie et D.P.C.

2°) La morbidité

Elle est faible, puisque nous ne colligeons que 9 complications postopératoires.

- Après S.P.G. :

- . fistule pancréatique bénigne,
- . abcès sous-phrénique,
- . thrombose veine splénique (dans le seul cas où la rate avait été conservée),
- . thrombose portale.

- Après wirsungo-jéjunostomie : pleurésie purulente.
- Après drainage externe d'un pseudo-kyste :
 - . 1 pleurésie purulente,
 - . 2 fistules pancréatiques, l'une s'étant tarie en 1 mois 1/2, l'autre ayant nécessité une spléno pancréatectomie gauche.

Dans les différentes statistiques, la morbidité est comme ici faible, sans différences significatives entre les diverses interventions.

3°) La mortalité secondaire : 11 cas

- Dans la D.P.C., 3 décès secondaires à une décompensation cirrhotique chez de gros éthyliques et survenus 2 ans, 2 ans et demi et 4 ans après l'intervention.

- Dans la S.P.G., 5 décès :

- . 2 de maladies intercurrentes : - réticulosarcome,
- tuberculose pulmonaire.
- . 1 de déchéance éthylique 5 ans après,
- . 2 à mettre sur le compte de la maladie pancréatique 2 ans et 11 ans après.

- Dans la wirsungo-jéjunostomie, 2 décès postopératoires tardifs :

- . L'un 4 mois après l'intervention après rechute de l'épanchement pleural gauche et insuffisance respiratoire aiguë.
- . L'autre 2 mois 1/2 après l'anastomose, il s'agissait d'une femme en très mauvais état général.

- 1 décès après gastroentéro-anastomose dû à la P.C. (obs. n° 67).

D'après L. LEGER, la mortalité à 5 ans est de :

- 30 % après anastomose wirsungo-jéjunale
- 40 % après S.P.G.
- 60 % après D.P.C.

Mais, d'après G. GUILLEMIN, cette proportion s'inverse après 5 ans.

Il semble néanmoins que la mortalité secondaire soit un peu plus forte après D.P.C. Ceci serait dû au fait que les alcooliques invétérés supporteraient moins bien leur intoxication après D.P.C. qu'après dérivation wirsungienne.

4°) Les résultats fonctionnels

Dans la *splanchnicectomy gauche* nous retrouvons 5 bons résultats sur 8 malades revus, ce qui représente une forte proportion de succès. Mais dans tous les cas, il s'agissait de P.C. discrètes donc différentes des cas où les trois interventions majeures ont été utilisées.

Dans la D.P.C. 8 bons résultats et 1 moyen sur 13 malades revus.

Dans la S.P.G. 9 bons résultats sur 16 cas exploitables.

Dans la *wirsungo-jéjunostomie* 6 bons résultats et 2 moyens sur 12 malades revus.

Les pourcentages de bons résultats sont assez voisins avec cependant un avantage à la D.P.C. suivie de la S.P.G.

Cette disparité en faveur de l'exérèse se retrouve plus nettement dans la littérature avec en moyenne 60 à 70 % de bons résultats dans l'exérèse contre 50 % après anastomose wirsungo-jéjunale.

5°) Réintervention

- 1 après D.P.C. (réfection de l'anastomose wirsungienne 4 ans après suivie d'un bon résultat).

- 1 après S.P.G. (réfection de l'anastomose wirsungienne oblitérée 11 ans après).

- 3 après wirsungo-jéjunostomie :

- . 2 S.P.G. après sténose de l'anastomose, suivies chaque fois par un décès,
- . transformation d'une cholécysto-jéjunostomie en cholédoco-jéjunostomie. Bon résultat secondaire.

Ceci reflète bien les données de la littérature qui donne :

- 30 % de réinterventions après wirsungo-jéjunostomie,
- 25 % après S.P.G.,
- 10 % après D.P.C.

Globalement, nous avons eu 13 réinterventions pour 12 malades. Le détail de ces réinterventions est reporté dans le tableau n° 7.

Observation n°	1ère intervention	2ème intervention	3ème intervention
1	Splanchnicectomie gauche (1958)	S.P.G. (1958)	
5	S.P.G. avec pancréato- jéjunostomie (1959)	Réfection anastomose (1970)	
12	Wirsungo-jéjunostomie (1963)	S.P.G. avec pancréato-jéjunostomie (1975)	
16	Cholédoco-jéjunostomie (1964)	Gastro-entéro- anastomose (1969)	
19	Cholédoco-jéjunostomie (1959)	Wirsungo-jéjunostomie + GEA (1959)	
22	Drainage externe de pseudo-kyste (1965)	S.P.G. (1965)	
24	D.P.C. (1967)	Réfection anastomose (1971)	
26	Wirsungo-jéjunostomie + cholécysto-jéjunosto- mie (1970)	Libération de l'anse oméga (1971)	S.P.G. + pancréato-jéjunostomie (1974)
43	Wirsungo-jéjunostomie + cholécysto-jéjunosto- mie (1973)	Cholédoco-jéjunostomie (1975)	
47	Cholédoco-jéjunostomie + G.E.A. (1974)	Libération de l'anse en Y (1975)	
62	Kysto-jéjunostomie (1974)	Wirsungo-jéjunostomie (1976)	
64	Drainage externe d'un P.K. (1959)	Fistulo-gastrostomie (1959)	

TABLEAU N° 7 - Réinterventions.

6°) Globalement

Nous avons, quelle que soit l'intervention, 41 bons résultats et 4 moyens sur 70 malades. 2 patients sur 3 ont donc un résultat satisfaisant avec une mortalité postopératoire relativement faible (4 sur 75 interventions) et secondaire peu importante (11 décès dont 3 seulement à mettre sur le compte de la maladie pancréatique).

Le traitement chirurgical de la pancréatite chronique primitive nous semble donc légitime.

En outre la comparaison des trois principales interventions (D.P.C., S.P.G. et anastomose wirsung-jéjunale) montre que leurs résultats sont assez proches avec cependant un avantage aux exérèses plus particulièrement céphaliques.

II - INDICATION OPERATOIRE

1°) Qui opérer ?

En cas de P.C. compliquée, l'indication opératoire est formelle quelle que soit la complication (ictère, sténose duodénale, pseudo-kyste, hémorragie digestive).

Le véritable problème se pose lorsque la P.C. se manifeste uniquement par des douleurs avec ou sans amaigrissement. Tant que les douleurs restent supportables et n'entraînent pas d'incapacité sociale, on rejettera l'intervention. Si les douleurs deviennent de plus en plus fortes et fréquentes, nécessitant des doses d'antalgiques de plus en plus importantes, l'intervention doit être envisagée. Dans la mesure du possible, on enverra le malade dans une maison de diététique où il subira un régime alimentaire strict avec sevrage complet et où on le jugera sur sa volonté de guérir et sa capacité de tempérance vis-à-vis de l'alcool.

2°) Quand opérer ?

Le choix de la date d'intervention est difficile, il ne faut intervenir ni trop tôt ni trop tard.

Si l'on attend trop, l'irréversibilité des lésions pancréatiques risque de compromettre le résultat.

A l'inverse, il ne faut pas opérer trop précocement car au moment de l'intervention on peut se trouver face à un cholédoque et un Wirsung de petit calibre dont les anastomoses seront délicates à effectuer et exposées à la sténose. Tant que les douleurs sont tolérables, que l'état général reste bon avec stabilité du poids, qu'un diabète ne se manifeste pas, il y a intérêt à gagner du temps et à laisser "mûrir" les lésions (G. GUILLEMIN).

3°) Quelle technique choisir ?

Le choix du type d'intervention repose sur le bilan exact des lésions tant préopératoire que peropératoire avec exploration visuelle, manuelle et radiologique (cholangiographie et wirsungographie).

a) Il est des interventions à indications limitées :

- *La Splanchinectomie gauche* qui peut être indiquée dans les P.C. parenchymateuses d'intensité modérée sans retentissement canalaire prouvé opératoirement. Et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet âgé ou en mauvais état général chez lequel la douleur est l'élément dominant de la symptomatologie.

- *Les dérivations biliaires et, ou gastriques isolées* ne sont que des opérations palliatives. Elles seront indiquées en cas de sténoses cholédociennes et duodénales lorsque la D.P.C. est irréalisable du fait des conditions anatomiques ou non souhaitée du fait de l'âge ou du mauvais état général du malade.

Le choix va donc se faire dans la majorité des cas entre D.P.C., S.P.G. et wirsungo-jéjunostomie.

b) Il est des formes anatomiques qui ne posent pas de problèmes de choix :

- Les P.C. localisées à gauche avec ou sans hypertension portale segmentaire limitée au territoire splénique seront traitées par S.P.G. On y associera une pancréatico-jéjunostomie lorsque le Wirsung est dilaté.

- En cas de distension canalaire réalisant une véritable hydropancréatose, la wirsungo-jéjunostomie latéro-latérale semble la solution la meilleure.

c) La P.C. lithiasique à localisation céphalique isolée ou prédominante sera traitée par D.P.C. La présence de pseudo-kystes intra-céphaliques découverts à la wirsungographie ou à la palpation, et l'existence de sténoses multiples (cholédocienne, wirsungienne et duodénale) sont des arguments de plus en faveur de la D.P.C. Cependant, dans cette forme anatomique, lorsque le calibre du Wirsung est supérieur à 10 mm on pourra être amené à pratiquer une *anastomose wirsungo-jéjunale* (isolée ou associée à une dérivation biliaire et digestive) dans des circonstances précises :

- lorsque la D.P.C. apparaît trop mutilante et disproportionnée avec l'aspect discret des lésions de pancréatite,
- lorsque la D.P.C. apparaît trop dangereuse chez un malade âgé ou en mauvais état général ou du fait de conditions anatomiques difficiles,
- lorsqu'il s'agit d'un alcoolique invétéré, les résultats à long terme étant plus mauvais après D.P.C. qu'après dérivation wirsungienne chez ces sujets qui continuent à boire.

d) Reste le cas difficile des P.C. parenchymateuses diffuses sans distension canalaire.

Pour certains, elles sont justiciables d'une *pancréatectomie sub-totale ou totale* (MERCADIER) malgré leur gravité.

D'autres ont réalisé des *exérèses de réduction* caudales ou céphaliques mais les résultats sont décevants.

Il semble préférable de ne réaliser que de simples *dérivations biliaire ou gastrique* selon le tableau clinique, associées ou non à une *splanchnicectomie gauche*.

e) Enfin dans les cas où il existe un doute sur la nature d'une tuméfaction pancréatique, on réalisera si les circonstances locales et générales s'y prêtent une *exérèse*.

f) Nous terminerons par le problème particulier des *pseudo-kystes* en répétant que l'intervention idéale est l'*exérèse* (S.P.G. ou D.P.C. selon la localisation). Mais il faut savoir y renoncer en cas de difficultés.

Lorsque celle-ci se révèle impossible, on pratiquera un *drainage interne* en cas de pseudo-kystes communicants à la wirsungographie et volontiers un *drainage externe* lorsque le pseudo-kyste ne communique pas avec le Wirsung.

III - PERIODE POST-OPERATOIRE

Ce sujet fragile ne doit pas être abandonné à son sort. On l'enverra pendant 3 mois en convalescence dans une maison de diététique où, sous surveillance médicale, il poursuivra son régime alimentaire et s'efforcera de ne pas reprendre son intoxication éthylique.

Si le résultat immédiat est fait par la chirurgie, le résultat à long terme dépend de la tempérance du malade qui tient désormais son sort entre ses mains. Toute reprise de l'intoxication éthylique entraînera une reprise de l'évolution de la pancréatite.

Ce fait est bien illustré par les observations n° 14 et 15. Ces deux malades, gros éthyliques, n'avaient subi que des laparotomies exploratrices. Renonçant à toute boisson alcoolisée à partir du jour de leur intervention, ils n'ont plus jamais ressenti de douleurs et sont en bon état général.

...

— CONCLUSIONS —

L'étude a porté sur 70 observations de pancréatites chroniques primitives traitées chirurgicalement sur une période de 20 ans (1958 - 1977).

Un certain nombre de notions classiques apparaissent : âge moyen 49 ans, prédominance masculine forte (60 hommes pour 10 femmes), alcoolisme à l'origine des troubles dans 47 cas. Enfin la pancréatite était lithiasique dans une très large moitié des cas.

La clinique est dominée par l'élément douloureux toujours présent et l'amaigrissement très fréquent.

Le bilan préopératoire a toujours comporté une radiographie simple de l'abdomen, un transit gastro-duodéal et une biligraphie si possible. Dans certains cas une échotomographie et une artériographie coelio-mésentérique supérieure ont également été pratiquées.

Le bilan peropératoire est capital pour le choix de la méthode. Outre l'examen visuel et manuel, nous réalisons une cholangiographie (51 fois) et une wirsungographie descendante (49 fois).

Les indications ont évolué avec les mouvements thérapeutiques et l'expérience des opérateurs.

La splanchnicectomie gauche ne garde qu'une place restreinte. Les anastomoses sur le canal de Wirsung, isolées ou associées, les résections gauches, les duodéno-pancréatectomies céphaliques ont été les plus fréquemment utilisées et dans des proportions assez voisines.

La mortalité opératoire apparut relativement faible (4 décès). Les résultats éloignés sont bons ou satisfaisants dans 2 cas sur 3 avec un avantage certain aux opérations d'exérèse plus particulièrement céphalique. Quant à la mortalité secondaire elle est de 11 cas, 3 décès seulement étant à mettre sur le compte de la maladie pancréatique.

La pancréatite chronique reste une affection sévère où l'intervention chirurgicale marque une étape très importante, surtout par son action sur l'élément douloureux. Enfin, il apparaît que la poursuite ou l'arrêt de l'intoxication éthylique conditionne pour une bonne part le pronostic à long terme.

Le Directeur de l'U.E.R.

LYON-NORD

Professeur J. H. NEIDHARDT

Le Président de la Thèse

Professeur G. GUILLEMIN

Vu, et Permis d'imprimer

LYON, 1e 9 MAI 1977

Le Président de l'Université Claude BERNARD

Professeur D. GERMAIN

- BIBLIOGRAPHIE -

- ADLOF M., KOHLER J.J., WONG P.
Les pseudo-kystes du pancréas. Analyse de 41 observations et déductions thérapeutiques.
Ann. Chir., 1968, 22, 1357-1367.
- ADLOF M., LAMBERT M., NOUZHA E. et Coll.
Réinterventions précoces et tardives après chirurgie des pseudo-kystes du pancréas. A propos de 15 observations.
Chirurgie, 1971, 97, n° 10, 667-678.
- BIGAY J.C.
Traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas.
Thèse LYON, 1969.
- BOSSER C.
Traitement chirurgical des pancréatites chroniques.
Thèse LYON, 1961.
- BRACONNOT P.
Pancréatite chronique et récidivante. Calcifications secondaires.
Thèse LYON, 1966.
- BRADLEY E.L., CLEMENTS J.L.
Implications of diagnostic ultrasound in the surgical management of pancreatic pseudocysts.
Amer. J. Surg., 1974, 127, 163-173.
- BRET P.
Radiologie des pancréatites chroniques.
J. de Méd. Lyon, 1967, 782-789.
- BRIET S., FAVRE J.P., VIARD H.
Sténose extrinsèque de l'angle colique gauche par pancréatite chronique.
Lyon Chir., 1974, 70, 323-324.
- BROCQ P., MIGINIAC G.
Les pancréatites chroniques.
Rapport du 39ème Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1930.
- CAROLI et Coll.
Discussion sur les duodéno-pancréatectomies céphaliques pour pancréatite chronique.
Rev. Méd. Chir. Mal. Foie, 1964, 39, 95-118.

CATTEL et Coll.

Surgery of the pancreas.

Saunders ed. London, 1954, 38-39.

CAYOT M.

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques. A propos de 35 observations.

Thèse DIJON, 1975.

CHAPUIS Y.

Résultats de la pancréatectomie totale dans le traitement de la pancréatite chronique.

Presse Méd., 1967, 15, 1432.

CLOT J.P., RICHARD J.P., MERCADIER M.

La pancréatectomie presque totale et la pancréatectomie totale dans le traitement des pancréatites chroniques.

Ann. Chir., 1976, 30, n° 10, 827-828.

CORNET J.

Place de la D.P.C. dans le traitement de la lithiase du pancréas.

Thèse LYON, 1962.

CRET R.

Résultats des différents types d'anastomoses bilio-digestives extra-hépatiques. A propos de 364 observations.

Thèse LYON, 1972.

CUILLERET J., VACHON A., GUILLEMIN G.

Les formations pseudo-kystiques du pancréas. A propos de 50 cas.

Ann. Chir., 1968, 22, n° 15, 16, 7, 18, 1011-1028.

DEBRAY Ch. et Coll.

L'avenir des pancréatites chroniques opérées.

Arch. Franç. Mal. App. Dig., 1967, 56, 7-8, 621-644.

DENOIX P.F., CHANY A., LIGURY C.

Intérêt du cathétérisme endoscopique de la papille dans les affections du pancréas.

Chirurgie, 1972, 98, 543-548.

DE ROISSARD, DE BELLET J.P.

Indications et résultats éloignés de la pancréatectomie gauche.

Thèse LYON, 1968.

DIVE et Coll.

La chirurgie des pancréatites chroniques.

Analyse d'une série homogène de 40 cas.

Acta Gastro-Ent. Belgica, 1976, 39, 553-574.

DOUBILET H., MULHOLLAND J.H.

Surgical treatment of chronic pancreatitis.

J. Amer. Med. Ass., 1961, 175, 177-182.

DOUTRE L.P. et PERISSAT J.

Les opérations de dérivation dans les pancréatites chroniques.
A propos de 35 observations.
Gaz. Méd. Franç., 1968, 75, 3557-3561.

DOUTRE L.P.

Indications et modalités du traitement chirurgical dans les pancréatites chroniques autonomes.
Bordeaux Méd., 1969, n° 2, 363-371.

DOUTRE L.P. et PERISSAT J.

Réflexion sur une statistique de 104 interventions pour pancréatite chronique, faites en 10 ans (1962-1971).
Bordeaux Méd., 1973, n° 3, 225-228.

DUBARRY J.J., QUINTON A., BANCONS J. et MONNIER A.

Devenir des pancréatites chroniques traitées chirurgicalement.
A propos de 37 observations.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., 1970, n° 9, 565-572.

DUBARRY J.J., QUINTON A. et Coll.

Pronostic des pancréatites chroniques traitées.
A propos de 77 observations.
Bordeaux Méd., 1971, n° 12, 3641-3648.

EPFELBAUM R.

La pancréatite chronique. Etude anatomo-clinique et thérapeutique.
A propos de 127 observations.
J. de Chir., 1966, 91, n° 1, 5-30.

EVREUX M.

Etude comparée de l'évolution spontanée et post-opératoire des pancréatites chroniques.
Thèse LYON, 1973.

FRAISSE H. et MELEY J.

Notre expérience de la chirurgie des pancréatites chroniques.
A propos de 32 observations.
J. de Méd. Lyon, 1965, 46, 1433-1453.

FRAISSE H. et Coll.

Evolution radio-clinique de la lithiase pancréatique.
J. de Méd. Lyon, 1967, n° 1133, 1917.

FRAISSE H., BARTHELEMY C.

Les pancréatites chroniques calcifiantes.
Lyon Méd., 1976, 235, 11, 929-938.

FRANCILLON J., GRANDJEAN J.P., VIGNAL J. et Coll.

Hémorragie artérielle dans l'évolution des pseudo-kystes pancréatiques.
Lyon Chir., 1974, 70, 192-196.

GAUTHIER-BENOIT C. et Coll.

Importance de l'artériographie coelio-mésentérique en chirurgie pancréatique.
Sem. Hôp., 1970, 46, n° 18, 1261-1263.

GAUTHIER-BENOIT C., QUANDALLE P. et WURTZ A.

Duodéno-pancréatectomie céphalique pour pancréatite chronique.
Presse Méd., 1969, 77, n° 53, 1993.

GAUTHIER-BENOIT C., QUANDALLE P. et WURTZ A.

Premiers résultats éloignés des duodéno-pancréatectomies céphaliques pour pancréatites chroniques.

Lille Med., 1969, 14, 1027-1030.

GROSDIDIER J., BOISSEL P., RICHAUME B., GUIBAL F.

Le traitement chirurgical des pancréatites chroniques primitives.

Lyon Chir., 1974, 70, 7-10.

GUILLEMIN G., CORNET J. et LANSARD J.P.

A propos de la lithiase du pancréas. Une pathogénie de la maladie.

La conséquence thérapeutique logique : la duodéno-pancréatectomie céphalique.

Lyon Chir., 1964, 60, n° 4, 559-563.

GUILLEMIN G., VACHON A. et Coll.

Sténose tardive de l'anastomose pancréatico-jéjunale après duodéno-pancréatectomie. A propos de deux observations.

Lyon Chir., 1966, 63, 423-429.

GUILLEMIN G. et Coll.

Résultats de la duodéno-pancréatectomie céphalique dans le traitement de la lithiase pancréatique. A propos de 42 observations.

Ann. Chir., 1966, 20, n° 5, 6, 424-437.

GUILLEMIN G.

Duodéno-pancréatectomie céphalique pour pancréatite chronique.

Technique chirurgicale.

E.M.C. Appareil Digestif 3, 40880 A.

GUILLEMIN G. et Coll.

Les formations pseudo-kystiques du pancréas. A propos de 50 cas.

Ann. Chir., 1968, 22, n° 15-16/17-18, 1011-1028.

GUILLEMIN G., VACHON A., GIRARD M. et Coll.

Deux cas de duodéno-pancréatectomie céphalique après pancréatectomie gauche pour lithiase pancréatique.

Rev. Méd. Dijon, 1969, 4, n° 2, 59-63.

GUILLEMIN G. et SALEMBIER Y.

Duodéno-pancréatectomie céphalique contre drainage externe et triple dérivation.

J. Chir., 1971, 101, n° 1, 99-108.

GUILLEMIN G., VACHON A., BERARD Ph. et Coll.

Traitement chirurgical de la pancréatite chronique, choix d'une technique.

Lyon Méd., 1975, 234, 13, 65-84.

GUIBIS A. et Coll.

La cholangio-wirsungographie rétrograde.

Ann. Gastroent. Hépatol., 1973, 9, 333-337.

- GUNTZ et Coll.
Les hémorragies artérielles au cours de l'évolution des pancréatites chroniques.
Ann. Chir., 1976, 30, n° 10, 836-838.
- HEPP, LANG, LEGER, MALLET-GUY, MERCADIER, RICHARD, SOUPAULT
Les pancréatites chroniques.
Journ. Franç. de Gast. Ent., 1965, Masson Ed., 247-300.
- HIVET M. et Coll.
Indications, techniques et résultats immédiats des D.P.C.
J. de Chir., 1967, 94, n° 5, 403-417.
- HIVET M. et Coll.
Bilan de 56 D.P.C. pour pancréatite chronique.
Ann. Chir., 1976, 30, n° 5, 371-376.
- HOUDARD C., FENAILLE G.
Dérivation pancréatico-jéjunale totale.
Ann. Chir., 1976, 30, n° 10, 831-832.
- HOUDARD C., MENAGE C.
Pancréatectomies.
E.M.C. Techniques chirurgicales.
Appareil digestif 3. 40880.
- HOUDARD C., MENAGE C.
Interventions pour pseudo-kystes et fistules pancréatiques.
E.M.C. Techniques chirurgicales.
Appareil digestif 3. 40885.
- HUTET B.
L'hypertension portale segmentaire dans les pancréatites chroniques.
Thèse LYON, 1973.
- KUMMERLE F., MANGOLD G.
Notre expérience du traitement chirurgical des pancréatites chroniques.
A propos de 214 interventions.
Chirurgie, 1976, 102, n° 9, 729-736.
- LAMY J., SARLES J.C.
Les pancréatites chroniques. Traitement chirurgical. Etude de 70 cas.
Journ. Franç. de Gast. Ent., 1965, Masson, 261-266.
- LAMY J. et Coll.
Résultats du traitement chirurgical des pancréatites chroniques primitives.
Mars. Chir., 1970, 22, n° 1, 1-4.
- LAMY J., MICHOTÉY G., BRICOT R. et Coll.
Indications et résultats de la duodéno-pancréatectomie céphalique.
Marseille Chir., 1970, 22, n° 1, 35-42.

LATASTE J., ROBIN B. et CHARTON B.

A propos de 76 pancréatites chroniques traitées chirurgicalement.
J. Chir., 1972, 103, n° 1, 35-44.

LEGER L. et BREHAUT J.

Traitement radical du cancer de la tête du pancréas.
Rapport au Congrès de l'Association Française de Chirurgie, Paris 1949.

LEGER L., DETRIE Ph. et CHAPUIS Y.

L'avenir des wirsung-jéjunostomies. A propos de 10 observations contrôlées.
J. de Chir., 1961, 82, n° 6, 577-595.

LEGER L., EPFELBAUM R. et Coll.

Etude de 89 cas de pancréatites chroniques ayant un recul égal ou supérieur à 2 ans.
Journ. Franç. de Gast. Ent., 1965, Masson Ed. Paris.

LEGER L. et Coll.

L'hypertension et la stase portales segmentaires dans les pancréatites chroniques. A propos de 126 cas examinés par splénoportographie et spléno-manométrie.
J. de Chir., 1968, 95, n° 5-6, 599-609.

LEGER L., LENRIOT J.P. et LEMAIGRE G.

Résultats à long terme de la chirurgie des pancréatites chroniques.
La Nouv. Presse Méd., 1972, n° 28, 1915.

LEVRAT M., DESCOS C., MOULINIER B., PASQUIER J.

Evolution au long cours des pancréatites chroniques.
A propos de 113 observations.
I. Etude de l'évolution spontanée.
Arch. Franç. Mal. Appar. dig., 1970, 59, 5-18.

LEVRAT M., DESCOS C., MOULINIER B., PASQUIER J.

Evolution au long cours des pancréatites chroniques.
II. Etude de l'évolution de la pancréatite chronique chez les malades opérés.
Arch. Franç. Mal. App. dig., 1970, 59, 305-314.

L'HERMINE C.

L'artériographie au cours des pancréatites chroniques.
Ann. Chir., 1973, 27, n° 6, 651-655.

MAILLARD J.N., RODARY M.

La D.P.C. dans le traitement chirurgical des pancréatites chroniques.
Ann. Chir., 1976, 30, n° 10, 825-827.

MALAFFOSSE M., GALLOT D.

Complications hémorragiques des pancréatites chroniques.
Ann. Chir., 1976, 30, n° 10, 833-835.

MALLET-GUY P., MERCADIER M.

Le traitement chirurgical des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas.
Rapport présenté au 60ème Congrès Français de Chirurgie, Paris 1958.

MALLET-GUY P. et Coll.

Analyse des résultats de 146 splanchnicectomies et gangliectomies coeliaques gauches effectuées pour pancréatite chronique et récidivante.
Presse Méd., 1966, 20, n° 5-6, 438-446.

MALLET-GUY P. et FEROLDI

Essai de classification des pancréatites chroniques.
Arch. Franç. Mal. App. Dig., 1966, 55, n° 6, 541-548.

MALLET-GUY P., DE ROISSARD J.P.

La place des pancréatectomies dans les pancréatites chroniques.
Bull. Soc. int. Chir., 1972, 31, 114-120.

MALLET-GUY P., DE ROISSARD J.P.

Statistique de soixante-treize pancréatectomies gauches pour pancréatite.
Lyon Chir., 1974, 70, 11-20.

MALLET-GUY P.

Pancréatite chronique et diabète après pancréatectomie gauche.
Lyon Chir., 1976, 72, 23-27.

MATHEY B.

Résultats éloignés des duodéno-pancréatectomies céphaliques pour pancréatites chroniques lithiasiques.
Thèse LYON, 1974.

MERCADIER M. et CLOT J.P.

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques.
Ass. Méd., 1967, 22, n° 5, 317-320.

MERCADIER M. et MELLIERE D.

Indications et résultats des duodéno-pancréatectomies céphaliques.
A propos de 56 cas.
Presse Méd., 1967, 75, 1683-1687.

MERCADIER M., CLOT J.P. et CAMPLEZ Ph.

Les exérèses dans les pancréatites chroniques.
Ann. Chir., 1967, 21, n° 11-12, 633-644.

MERCADIER M. et Coll.

Les drainages et dérivations du canal de Wirsung dans le traitement des pancréatites chroniques. 115 observations.
Ann. Chir., 1968, 22, n° 21-22, 1279-1285.

MERCADIER et Coll.

Les hémorragies digestives d'origine pancréatique canalaire ou cavitaire.
A propos de 11 observations personnelles.
Ann. Chir., 1974, 28, n° 6, 461-471.

MERCADIER et Coll.

La triple dérivation dans les pancréatites chroniques.
Ann. Chir., 1974, 28, n° 6, 473-476.

MERCADIER et Coll.

Le problème des réinterventions dans les pancréatites chroniques autonomes.
Ann. Chir., 1974, 28, n° 6, 477-481.

MICHEL A., GUILLEMIN G. et Coll.

Problèmes de réanimation posés par les duodéno-pancréatectomies céphaliques pour lithiasse du pancréas. A propos de 53 cas.

Ann. Anesth. Franç., J.F.M., 1968, 9, n° 1, 101-106.

MOREAUX J., PERNOD R. et HEPP J.

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques primitives. Résultats éloignés et orientation actuelle d'après 100 cas opérés.

Ann. Chir., 1966, 20, n° 5-6, 439-446.

MOUCHET A. et Coll.

A propos de 5 cas de duodéno-pancréatectomie céphalique pour pancréatite chronique.

Ann. Chir., 1968, 22, n° 56, 375-381.

MURAT J.F. et WHITE T.T.

Résultats d'une enquête sur 733 pancréatites observées en 10 ans dans un milieu défini.

Ann. Chir., 1969, 23, n° 23-24, 1237-1243.

PATEL J., LEGER L.

Nouveau traité de technique chirurgicale.

Pancréas, Masson et Cie, Paris, 1969.

PIDOUX A.

Résultats éloignés de la duodéno-pancréatectomie céphalique pour lithiasse du pancréas.

Thèse LYON, 1966.

POUYET M., TREBOUX M.

Artère hépatique anormale née de la mésentérique supérieure et D.P.C.

Lyon Chir., 1977, 73, n° 2, 152-155.

RIBET M., PROST M., QUANDALLE P., WURTZ A.

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques autonomes (à propos de cent quarante-sept observations).

J. Chir., 1975, 110, 25-38.

SALEMBIER Y. et RIBET M.

Indications opératoires et résultats tardifs dans 90 cas de pancréatite chronique diffuse autonome.

Lyon Chir., 1966, n° 6, 62, 835-840.

SALEMBIER Y. et RIBET M.

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques par la triple déviation totale pancréatico-bilio-digestive.

J. Chir., 1968, 96, 529-536.

SALEMBIER Y.

Traitement de la pancréatite chronique par la triple dérivation totale.

Acta Gastro-Ent. Belgica, 1976, 39, 603-610.

SARLES J.H., MERCADIER M.

Les pancréatites chroniques de l'adulte.
L'Expansion, Paris, 1960.

SARLES H.

Pathogénie et distribution géographique des pancréatites chroniques.
Arch. Franç. Mal. App. dig., 1972, 61, 512-514.

SARLES H., SAHEL J.

Pancréatites chroniques calcifiantes.
Conc. Méd., 1974, 96, 4490-4505.

SAUBIER E.C., PARTENSKY C., BRAULT A. et Coll.

Résultats des interventions d'exérèse dans le traitement de la pancréatite chronique.
Lyon Chir., 1974, 70, 21-26.

SPAY G.

Valeur de la splénoportographie en pathologie pancréatique.
Thèse LYON, 1965.

VACHON A., GUILLEMIN G. et Coll.

Les troubles de la glycorégulation après résection partielle pour pancréatite chronique et lithiase pancréatique.
Arch. Mal. App. Dig., 1963, 52, n° 10, 983-988.

VACHON A., GUILLEMIN G. et Coll.

Sténoses duodénales au cours des lithiases pancréatiques.
Arch. Mal. App. Dig., 1965, 54, n° 5, 542.

VACHON A. et Coll.

Aspects cliniques des hypertensions portales segmentaires dans la lithiase pancréatique.
Rev. Lyon Med., 1970, 19, n° 10, 415-419.

VAYRE P., HUREAU J. et AUBRIOT J.H.

Notre expérience de la pancréatite chronique.
Réflexion à propos de 58 cas opérés.
Ann. Chir., 1965, 19, n° 15-16/17-18, 1018-1025.

VIARD H., LATARJET M., GALY P., TOURAINE R., DAVID M.

Les épanchements pleuraux au cours de l'évolution des pancréatites chroniques. A propos de trois observations personnelles.
Ann. Chir., 1971, 25, 1193-1202.

WARREN K.W. et CATTEL R.B.

Technique de base de la chirurgie pancréatique.
Surg. Clin. North. Amer., 1958, 707.

WHIPPLE A.O.

Observations sur la chirurgie radicale pour lésions du pancréas.
Surg. Gynec. Obstet., 1948, 22, 623.

YOSHIOKA H. et WAKABAYASHI T.

Traitement de la douleur des pancréatites chroniques par la neurectomie de la tête du pancréas.

Lyon Chir., 1957, 53, 836-845.

• •

— TABLE DES MATIERES —

GENERALITES	1
DEFINITION	2
ANATOMO-PATHOLOGIE	3
DONNEES ETIOLOGIQUES	6
I - SEXE	6
II - AGE	6
III - INTOXICATION ALCOOLIQUE	7
IV - AUTRES FACTEURS	7
V - INTERVENTIONS ANTERIEURES	8
ETUDE CLINIQUE	11
I - DOULEUR	11
II - AMAIGRISSEMENT	11
III - INSUFFISANCE PANCREATIQUE EXTERNE	12
IV - TROUBLES DE LA GLYCOREGULATION	12
V - COMPLICATIONS	13
LE BILAN PREOPERATOIRE	16
I - BILAN BIOLOGIQUE	16
II - BILAN RADIOLOGIQUE	16
III - AUTRES EXPLORATIONS	19
LE BILAN PEROPERATOIRE	21
I - CHOLANGIOGRAPHIE	21
II - WIRSUNGOGRAPHIE ET KYSTOGRAPHIE	22

TRAITEMENT CHIRURGICAL	25
I - OPERATIONS NERVEUSES	27
A - La splanchnicectomie	27
B - La neurotomie post-ganglionnaire	31
II - OPERATIONS DE DERIVATION	32
A - Dérivation gastrique	32
B - Dérivation biliaire	33
C - Dérivation pancréatique sans exérèse	36
1. Drainage transpapillaire	36
2. Wirsung-jéjunostomie	38
III - OPERATIONS D'EXERESE	51
A - La duodéno-pancréatectomie céphalique	51
B - La spléno-pancréatectomie gauche	62
C - La pancréatectomie gauche sub-totale	72
D - La pancréatectomie totale	72
IV - LE TRAITEMENT DES PSEUDO-KYSTES	73
A - Les opérations d'exérèse	73
B - Le drainage externe	74
C - Les drainages internes	77
D - Les résultats	80
V - INTERVENTIONS DIVERSES	82
COMMENTAIRES	86
I - ANALYSE DES RESULTATS	86
II - INDICATION OPERATOIRE	91
III - PERIODE POSTOPERATOIRE	93
CONCLUSIONS	94
BIBLIOGRAPHIE	96

